



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

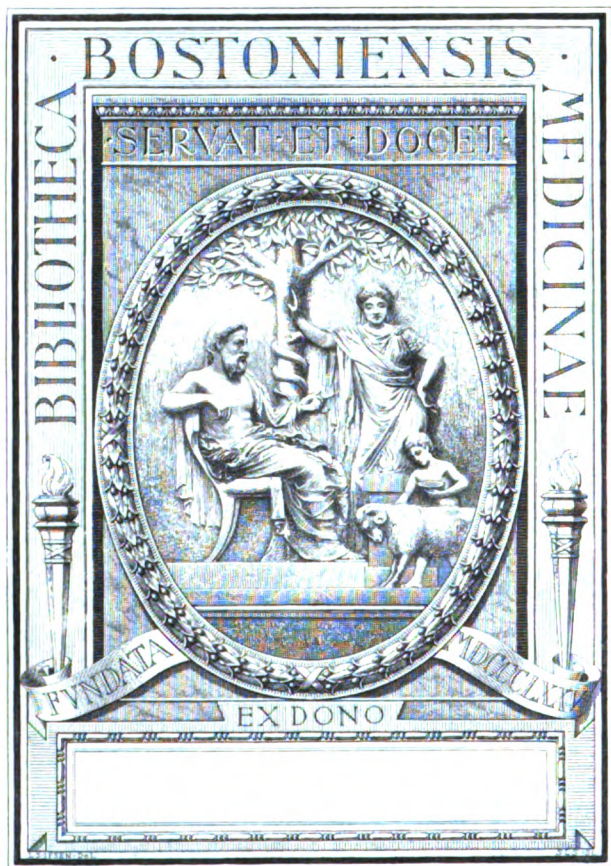
About Google Book Search

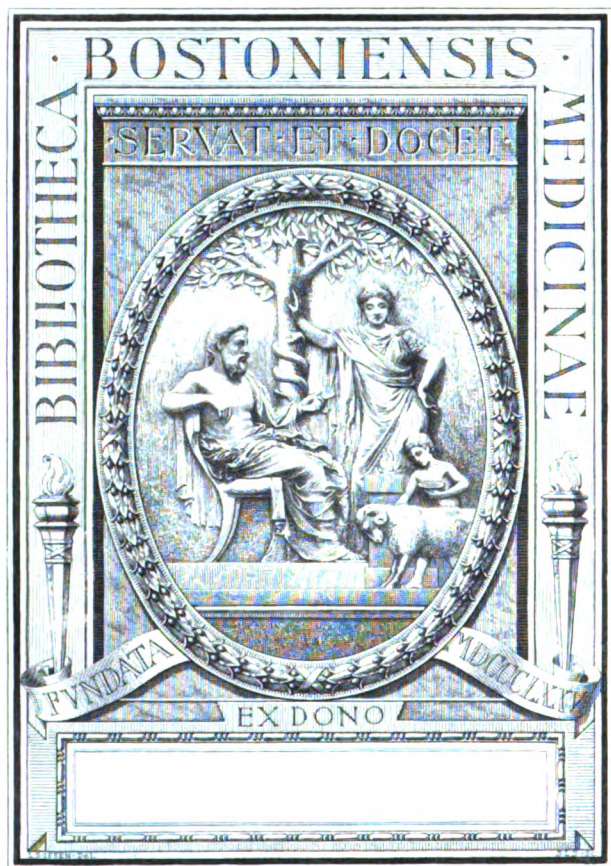
Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



*Bulletin de la Société française de
dermatologie et de syphiligraphie*

Société française de dermatologie et de syphiligraphie





SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE
DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Fondée le 22 Juin 1889

Reconnue Établissement d'utilité publique le 12 Janvier 1898.

BULLETIN DES SÉANCES

18^e ANNÉE — 1907

BULLETIN
DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE
DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

PUBLIÉ PAR MM. LES DOCTEURS

**E. BODIN, BRODIER, P. DÉHU, ÉTIENNE,
LENGLET, MILIAN**

SECRÉTAIRES DES SÉANCES

SOUS LA DIRECTION

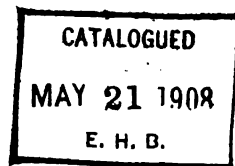
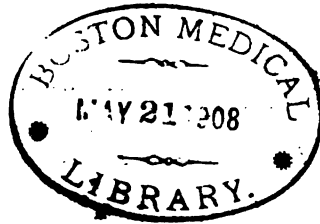
DE

M. le Docteur DANLOS

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

18^e ANNÉE — 1907

PARIS
MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN
1907



10420



SOCIÉTÉ FRANÇAISE

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

DÉCRET

Portant déclaration d'utilité publique.

LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE,

Sur le rapport du Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts ;

Vu la demande formée par le président de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, à l'effet d'être reconnue comme établissement d'utilité publique ;

Vu les statuts de ladite société ;

Vu la situation financière ;

Vu les avis du Préfet de la Seine en date du 6 septembre 1894 et du Recteur de l'Académie en date du 13 octobre 1894 ;

Ensemble les autres pièces à l'appui ;

La section de l'Intérieur, des Cultes, de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, du Conseil d'État entendue ;

DÉCRÈTE :

ART. I. — La Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, fondée le 22 juin 1889, est reconnue comme établissement d'utilité publique.

ART. II. — Les statuts sont approuvés tels qu'ils sont annexés. Aucune modification ne pourra y être apportée sans l'autorisation du Gouvernement.

ART. III. — Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 12 janvier 1895.

Signé : CASIMIR-PÉRIER.

Par le Président de la République :

Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,

Signé : G. LEYGUES.

STATUTS DE LA SOCIÉTÉ

ANNEXÉS AU DÉCRET DU 12 JANVIER 1895

TITRE PREMIER. — But et Siège de la Société.

ARTICLE PREMIER. — L'Association dite : **Société Française de Dermatologie et de Syphillographie**, fondée le 22 juin 1889, à Paris, a pour but de :

1° Répandre parmi les médecins la connaissance des maladies cutanées et syphilitiques;

2° Mettre en lumière, au profit de la science, les matériaux, qui, jusque-là, restaient en grande partie enfouis dans les hôpitaux spéciaux.

ART. 2. — Elle a son siège à Paris.

TITRE II. — Composition de la Société.

ART. 3. — La Société se compose :

- 1° De membres titulaires;
- 2° De membres correspondants étrangers;
- 3° De membres honoraires;
- 4° De membres donateurs;
- 5° De membres bienfaiteurs;
- 6° De membres auxiliaires.

Pour être membre titulaire, il faut : 1° être présenté par deux membres au moins de la Société, être agréé par le Comité de direction et être élu au scrutin secret par les trois quarts au moins des suffrages exprimés; 2° payer un droit d'admission de 10 francs et une cotisation annuelle dont le minimum est de 20 francs.

La cotisation peut être rachetée en versant une somme égale à vingt fois le montant de la cotisation annuelle.

Le Comité de direction peut conférer le titre de donateur ou de bienfaiteur aux membres qui ont versé une somme de 500 francs (1^{er} cas) au minimum, ou de 1,000 francs (2^e cas) au minimum.

TITRE III. — Comité de direction.

ART. 4. — Le Comité de direction se compose : du président, de trois vice-présidents, du secrétaire général, du trésorier et de cinq membres, soit au total de onze personnes élues directement, au scrutin secret, par l'Assemblée générale, pour une année au moins et pour cinq années au plus.

Les membres sortants sont rééligibles.

Le président, les trois vice-présidents, le secrétaire général et le trésorier constituent à la fois le Bureau du Comité de direction et le Bureau de l'Assemblée générale de la Société.

Au Bureau seront adjoints les anciens présidents et vice-présidents élus présidents d'honneur.

Le Comité se réunit autant que possible tous les deux mois, et chaque fois qu'il est convoqué par son président ou sur la demande du quart de ses membres.

La présence du tiers des membres du Comité de direction est nécessaire pour la validité des délibérations.

Il est tenu procès-verbal des séances.

Les procès-verbaux sont signés par le président et le secrétaire général.

Art. 5. — Les délibérations du Comité de direction relatives à l'acceptation des dons et legs, aux acquisitions et échanges d'immeubles, sont soumises à l'approbation du Gouvernement.

Art. 6. — Les délibérations du Comité de direction relatives aux aliénations d'immeubles ou des valeurs provenant du fonds de réserve, constitutions d'hypothèques, baux à long terme et emprunts ne sont valables qu'après l'approbation par l'Assemblée générale.

Art. 7. — Le trésorier représente la Société en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il agit avec l'autorisation du Comité de direction, sauf pour l'administration courante, et dans les cas d'urgence.

Il n'acquiesce aucune dépense si elle n'a été préalablement autorisée par le Conseil et ordonnée par le secrétaire général.

Art. 8. — Toutes les fonctions de la Société sont gratuites.

TITRE IV. — Ressources de la Société.

Art. 9. — Les ressources annuelles de la Société se composent :

- 1° Du droit d'admission et des cotisations et souscriptions de ses membres;
- 2° Des subventions qui pourraient lui être accordées;
- 3° Du produit des ressources créées à titre exceptionnel, et, s'il y a lieu, avec l'autorisation du Gouvernement;
- 4° Enfin du revenu de ses biens et valeurs de toute nature.

Art. 10. — Le fonds de réserve comprend :

- 1° La dotation ;
- 2° Le dixième de l'excédent des ressources annuelles ;
- 3° Les sommes versées pour le rachat des cotisations ;
- 4° Le produit des libéralités autorisées sans emploi.

Le fonds de réserve est placé en rentes nominatives 3 p. 100 sur l'État ou en obligations nominatives de chemin de fer dont le minimum d'intérêt est garanti par l'État.

TITRE V. — Moyens d'action de la Société.

Art. 11. — Les moyens d'action de la Société sont :

- 1° Le *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie* ;

- 2° Les publications et mémoires ;
- 3° Les conférences et cours organisés par les soins de la Société, soit à Paris, soit en province ;
- 4° Les expositions et musées spéciaux ;
- 5° Les prix et récompenses décernés à la suite de concours.

ART. 12. — La Société peut se diviser en différentes Commissions spéciales et annuelles.

ART. 13. — Aucune publication ne peut être faite au nom de la Société sans l'examen préalable et l'approbation du Bureau.

TITRE VI. — Assemblée générale.

ART. 14. — L'Assemblée générale des membres de la Société se réunit au moins une fois par an, sur convocations individuelles. Son ordre du jour est réglé par le Comité de direction.

Elle entend les rapports sur la gestion du Comité de direction, et sur la situation financière et morale de la Société.

Elle approuve les comptes de l'exercice clos, vote le budget de l'exercice suivant, et pourvoit au renouvellement des membres du Comité de direction.

Elle délibère en outre sur toutes les questions qui doivent lui être soumises en vertu des présents statuts.

Le rapport annuel et les comptes approuvés par l'Assemblée générale sont adressés à tous les membres de la Société, au préfet du département de la Seine et au ministre de l'Intérieur.

TITRE VII. — Dispositions spéciales.

ART. 15. — La qualité de membre de la Société se perd :

- 1° Par la démission ;
- 2° Par la radiation prononcée, pour motifs graves, par l'Assemblée générale spécialement convoquée à cet effet, votant au scrutin secret, à la majorité des deux tiers des membres présents, sur le rapport du Comité de direction, et après que le membre intéressé aura été dûment mis en demeure de fournir ses explications oralement ou par écrit.

ART. 16. — Les présents statuts ne pourront être modifiés que sur la proposition du Comité de direction ou de vingt-cinq membres de la Société après qu'elle aura été soumise au Bureau au moins un mois avant la séance de l'Assemblée générale.

L'Assemblée générale et extraordinaire, spécialement convoquée à cet effet, ne peut modifier les statuts qu'à la majorité des deux tiers des membres présents.

L'Assemblée générale doit se composer du quart, au moins, des membres en exercice.

La délibération de l'Assemblée générale est soumise à l'approbation du Gouvernement.

ART. 17. — L'Assemblée générale appelée à se prononcer sur la dissolution de la Société et convoquée spécialement à cet effet, doit comprendre, au moins, la moitié plus un des membres en exercice. Ses résolutions sont prises à la majorité des deux tiers des membres présents et soumises à l'approbation du Gouvernement.

ART. 18. — En cas de dissolution, prévu par l'article précédent, l'Assemblée générale, délibérant dans les conditions prévues par cet article, attribue l'actif de la Société à un ou plusieurs établissements analogues, publics ou reconnus d'utilité publique.

Toutefois, si le nombre des membres prévu par l'article précédent n'est pas atteint, il sera statué, après une seconde convocation, quel que soit le nombre des présents.

L'Assemblée générale désignera un ou plusieurs commissaires chargés de la liquidation des biens de l'Association.

Ces délibérations sont soumises à l'approbation du Gouvernement.

ART. 19. — Il sera procédé de même au cas de retrait de la reconnaissance de l'Association comme établissement d'utilité publique. Dans le cas où l'Assemblée générale se refuserait, soit à délibérer sur l'attribution de l'actif, soit à nommer le commissaire-liquidateur prévu à l'article précédent, il y serait pourvu par un décret rendu dans la forme des règlements d'administration publique.

Les détenteurs de fonds, livres et archives appartenant à l'Association s'en dessaisissent valablement entre les mains du commissaire-liquidateur désigné par ledit décret.

ART. 20. — Un règlement intérieur, adopté par l'Assemblée générale, et approuvé par le ministre de l'Intérieur après avis du ministre de l'Instruction publique, arrête les conditions de détail propres à assurer l'exécution des présents statuts.

Il peut toujours être modifié dans la même forme.

RÈGLEMENT

TITRE PREMIER. — But et composition de la Société.

ARTICLE PREMIER. — La Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie est une société exclusivement scientifique.

ART. 2. — En principe, elle exige de ses membres le diplôme de Docteur en médecine, ou, quand ils sont étrangers, un titre similaire.

ART. 3. — Exceptionnellement, elle peut admettre dans son sein des savants qui, sans titre médical officiel, se sont créés une notoriété spéciale par leurs travaux scientifiques ; elle les nomme membres auxiliaires.

ART. 4. — Les membres correspondants étrangers sont présentés par le Comité de direction, et nommés par l'Assemblée générale de la Société ; leur élection n'a lieu que s'ils réunissent les trois quarts des suffrages exprimés.

ART. 5. — La Société peut conférer le titre de membre honoraire de la Société.

Les anciens présidents et vice-présidents peuvent être élus présidents d'honneur, auquel cas ils font partie du Bureau et du Comité de direction, à perpétuité et sans nouvelle élection.

TITRE II. — Composition et fonctions du Bureau.

ART. 6. — Le Bureau comprend un président, trois vice-présidents, un secrétaire général, un trésorier, un bibliothécaire-archiviste et six secrétaires des séances ; il peut comprendre également un ou plusieurs présidents honoraires : l'un des vice-présidents et deux des secrétaires des séances doivent être nécessairement choisis parmi les membres titulaires résidant dans les départements.

ART. 7. — Le président, les vice-présidents, les cinq membres du Comité et les secrétaires annuels sont nommés pour un an.

Le secrétaire général, le trésorier et l'archiviste-bibliothécaire sont nommés pour trois ans.

Ils peuvent être temporairement remplacés par l'un des secrétaires des séances.

ART. 8. — Le président, ou, en son absence, l'un des vice-présidents, dirige les séances.

Les présidents honoraires peuvent également diriger les séances.

Le secrétaire général prépare l'ordre du jour de chaque réunion, annonce les pièces de la correspondance, rédige et signe tous les actes de la Société ; il dirige l'impression des comptes rendus.

L'archiviste-bibliothécaire garde les procès-verbaux des séances, ainsi que les livres, mémoires, correspondances, images, analyses, pièces et instruments offerts à la Société ; il les classe et en dresse chaque année un catalogue.

Les secrétaires des séances sont chargés de la rédaction et de la lecture des procès-verbaux ; ils font les comptes rendus des séances, en rédigeant les bulletins et les font imprimer, sous la direction du secrétaire général.

Le trésorier fait toutes les écritures relatives à la comptabilité de la Société ; il encaisse toutes les recettes, il signe les bordereaux et les solde.

Chaque année, il rend ses comptes au Comité de direction, qui délègue spécialement un de ses membres pour les vérifier.

Les comptes du trésorier doivent être arrêtés au 31 décembre de l'année précédente.

Ils doivent être soumis en février ou mars au Comité de direction.

L'Assemblée statutaire ne se prononce sur les comptes du trésorier qu'après avoir entendu le rapport du Comité de direction.

TITRE III. — Fonctions du Comité de direction.

ART. 9. — Toutes les affaires concernant la Société sont confiées au Comité de direction.

Le Comité est plus particulièrement chargé :

- 1° De la publication des travaux ;
- 2° De la gestion financière ;
- 3° De tout ce qui peut intéresser la dignité de la Société.

TITRE IV. — Des séances.

ART. 10. — La Société se réunit à Paris, au Musée de l'hôpital Saint-Louis, de 9 à 11 heures du matin, le premier jeudi de chaque mois, sauf les jours fériés et au mois d'avril, où la réunion de la Société se tient en assemblée générale, le lundi de Quasimodo.

Les vacances de la Société ont lieu pendant les mois d'août, de septembre et d'octobre.

Des séances supplémentaires peuvent être demandées et votées par la Société.

Une session supplémentaire peut avoir lieu en province.

ART. 11. — Toute communication d'une personne étrangère à la Société ne pourra être lue en séance qu'après autorisation du Comité de direction.

Toutefois le Bureau pourra autoriser une présentation de malade ou de pièce.

ART. 12. — Les travaux des séances ont lieu dans l'ordre suivant :

- 1° Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente ;
- 2° Correspondance ;
- 3° Présentations de malades ;
- 4° Communications originales et présentations de pièces.

La Société peut, sur l'avis du Bureau, intervertir cet ordre.

TITRE V. — Recettes.

ART. 13. — La cotisation annuelle de 20 francs est payable d'avance, c'est-à-dire dès le premier jour de la nouvelle année.

Le recouvrement en est assuré par le trésorier.

Art. 14. — Au cas où la cotisation est rachetée par le versement d'une somme de 400 francs, égale à vingt fois son montant, le versement peut être effectué en quatre annuités consécutives de 100 francs chacune.

Art. 15. — Tout membre qui a laissé s'écouler une année entière sans verser le montant des droits fixés par les statuts est considéré comme ne faisant plus partie de la Société ; il doit préalablement avoir reçu deux avertissements officiels.

TITRE VI. — Publications.

Art. 16. — Chaque année, le nombre de feuilles publiées gratuitement dans le Bulletin sera limité à 30. Si ce chiffre est dépassé, l'excédent des dépenses d'impression sera réparti proportionnellement entre ceux des membres qui auront franchi la moyenne établie par le Comité de direction, d'après l'étendue des communications faites dans l'année.

Art. 17. — Les membres titulaires seuls ont droit à la publication de leurs travaux.

Art. 18. — Les communications des membres correspondants pourront, après avis du Comité de direction, être publiées, à la condition qu'ils en payent les frais.

TITRE VII. — Modifications au règlement.

Art. 19. — Toute proposition de modification à apporter dans le règlement devra être présentée par dix membres titulaires et soumise au Comité de direction, qui l'approuvera ou la combattra au sein de la Société.

PRIX ZAMBACO

Le docteur Zambaco-Pacha, de Constantinople, a versé à titre de membre bienfaiteur, à la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, une somme de quinze mille francs. La Société consacre le revenu de cette somme à la fondation d'un prix qui porte le nom de Prix Zambaco.

RÈGLEMENT

ARTICLE PREMIER. — Le prix Zambaco sera décerné, tous les deux ans, par la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, à l'auteur du meilleur travail présenté au concours sur la dermatologie, la syphiligraphie ou la vénéréologie.

ART. 2. — La valeur du prix sera de huit cents francs.

ART. 3. — Le prix Zambaco sera décerné dans la séance générale annuelle de la Société.

ART. 4. — Seront admis à concourir les auteurs français et les auteurs étrangers.

ART. 5. — Les travaux envoyés au concours doivent être inédits et rédigés en langue française. Les noms des auteurs ne devant être connus qu'après la désignation, par le jury d'examen, du travail couronné, les mémoires ne doivent pas être écrits de la main de l'auteur, mais doivent avoir été transcrits, copiés, écrits à la machine, ou imprimés. Ils porteront une épigraphe apparente, répétée sur une enveloppe cachetée qui contiendra le nom de l'auteur; la suscription de cette enveloppe devra, également, ne pas être de la main de l'auteur. Les mémoires seront adressés francs de port, sous pli recommandé, au Secrétaire général de la Société dont le nom et l'adresse seront indiqués pour chaque programme du prix.

ART. 6. — Les travaux envoyés au concours devront être déposés avant le 30 novembre de l'année qui précède celle où le prix devra être décerné.

ART. 7. — Les mémoires déposés deviennent la propriété de la Société; il en pourra être pris copie par les auteurs dans des conditions déterminées.

ART. 8. — La Société décidera, pour chaque prix, s'il y a lieu de mettre au concours un sujet déterminé ou si le sujet est laissé libre et au choix de chaque concurrent.

Si la Société désigne le sujet du prix, la commission chargée de cette désignation sera composée de cinq membres tirés au sort dans le sein du Comité de direction.

ART. 9. — La Commission chargée du jugement des travaux envoyés pour le concours sera nommée dans la séance de la Société qui suivra l'expiration du délai de dépôt des mémoires.

Elle sera composée de cinq membres désignés par la Société sur une liste de dix noms proposés par le Bureau.

ART. 10. — Réglementairement, les membres du Comité de direction s'abstiennent de prendre part au concours.

ART. 11. — Le prix ne peut être divisé.

S'il n'est pas décerné, ou s'il n'est donné qu'une partie de la somme qu'il représente, à titre d'encouragements, le reliquat pourra être reporté sur le prix suivant, ou être utilisé de la manière que la Société jugera la meilleure, par exemple, être capitalisé dans le but d'augmenter le fonds.

ART. 12. — Ce règlement peut être révisé par la Société sur une demande signée par dix de ses membres.

AVIS

Aucun mémoire n'ayant été remis à M. le Secrétaire général à la date du 30 novembre 1906, le Comité de direction a décidé de proroger d'un an le concours.

Par suite de cette décision, le prix Zambaco pourra être exceptionnellement décerné deux années de suite, c'est-à-dire au mois d'avril des années 1908 et 1909. Les mémoires devront être adressés à M. le Secrétaire général, au plus tard : pour le premier concours, le 30 novembre 1907 ; pour le second, le 30 novembre 1908.

ANNÉE 1907

COMPOSITION DU BUREAU

<i>Présidents d'honneur</i>	} MM. ERNEST BESNIER (de Paris). DOYON (de Lyon).
<i>Président</i>	M. ALFRED FOURNIER (de Paris).
<i>Vice-présidents</i>	} MM. BROcq (de Paris). HALLOPEAU (de Paris). CHARMEIL (de Lille).
<i>Secrétaire général</i>	M. DANLOS (de Paris).
<i>Trésorier</i>	M. G. THIBIERGE (de Paris).
<i>Secrétaires des séances</i>	} MM. BODIN (de Rennes). BRODIER (de Paris). DÉHU (de Paris). ÉTIENNE (de Nancy). LENGLET (de Paris). MILIAN (de Paris).
<i>Archiviste-Bibliothécaire</i>	M. WICKHAM.

COMITÉ DE DIRECTION ⁽¹⁾

MM. DARIER.	MM. E. GAUCHER.
DE BEURMANN.	HUDELO.
X.	

Conseil judiciaire

M. DELIGAND.

(1) Les Présidents d'honneur, le Président, les Vice-présidents, le Secrétaire général et le Trésorier font, de droit, partie du Comité de direction.

MEMBRE BIENFAITEUR

M. LE DOCTEUR Zambaco-Pacha.

MEMBRES TITULAIRES ⁽¹⁾

MM. LES DOCTEURS :

Abadie, ancien interne des hôpitaux de Paris, 49, boulevard Hausmann, Paris.

Apert, médecin des hôpitaux, 14, rue de Marignan, Paris.

Archambault (Paul), 20, rue de l'Hospitalité, Tours.

Arnozan, professeur de thérapeutique à la Faculté, médecin des hôpitaux, 27 bis, pavé des Chartrons, Bordeaux.

Aubert, médecin de l'Antiquaille, 32, rue Victor-Hugo, Lyon.

Audouard, ancien interne des hôpitaux de Paris, 6, rue Mairan, Béziers.

Audrain, 26, rue Jean-Romain, Caen.

Audry (Ch.), professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique à la Faculté de médecine, 7, rue de la Concorde, Toulouse.

Augagneur, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Lyon.

Ayrignac, 22, rue de Maubeuge, Paris.

* **Balzer**, médecin de l'hôpital St-Louis, 8, rue de l'Arcade, Paris.

Bar, agrégé à la Faculté, accoucheur de l'hôpital St-Antoine, 122, rue La Boétie, Paris.

Barcat, 103, rue La Boétie, Paris.

Barrié, ancien interne de l'hôpital St-Louis, Bagnères-de-Luchon.

Bastian, ancien médecin de la Marine, médecin à Saint-Gervais-les-Bains (H^{te}-Savoie).

Baudouin, ancien interne, ancien assistant de consultation à l'hôpital St-Louis, 21, rue du Mont-Thabor, Paris.

Béclère, médecin de l'hôpital St-Antoine, 122, rue La Boétie, Paris.

Belot, 36, rue de Bellechasse, Paris.

Bénard, 9, rue Royer-Collard, et Saint-Christau (Basses-Pyrénées).

Bernard (Jean), médecin-adjoint de l'hôpital, Amiens.

Bernard (Eugène), 2, rue de l'Abreuvoir, Alger.

Bernstein, 7, Pouselkinskaja, Odessa (Russie).

* **Besnier (Ernest)**, médecin honoraire de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 59, boulevard Malesherbes, Paris.

* **Beurmann (de)**, médecin de l'hôpital St-Louis, 40 bis, faubourg Poissonnière, Paris.

(1) Les noms qui sont précédés d'un astérisque sont ceux des membres fondateurs.

- MM. **Beurnier**, chirurgien des hôpitaux, 12, rue de Bourgogne, Paris.
Bisserié, 13, rue Montaigne, Paris.
Bizard, médecin-adjoint du dispensaire de salubrité, 29, rue de Maubeuge, Paris.
Bodin, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'École de médecine, 6, rue Lafayette, Rennes.
Bonnet, 13, place Masséna, Nice.
Brault, professeur de clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées à l'École de médecine d'Alger.
Brocq, médecin de l'hôpital St-Louis, 63, rue d'Anjou, Paris.
Brodier (Léon), ancien chef de clinique à la Faculté, assistant de consultation à l'hôpital St-Louis, 52, rue de Moscou, Paris.
Bruchet, ancien chef de clinique à l'hôpital St-Louis, 9, rue du Caire, Paris.
Bureau, ancien interne des hôpitaux, médecin suppléant des hôpitaux, 5, rue Voltaire, Nantes.
Burlureaux, professeur agrégé au Val-de-Grâce, 72, rue de Lille, Paris.
Carle, ancien chef de clinique, chef de laboratoire de la clinique dermatologique, 41, rue Émile-Zola, Lyon.
Cartier, médecin principal de la Marine, 25, rue Lauriston, Toulon.
Cayla, ancien interne des hôpitaux de Paris, 31, avenue de Neuilly, Neuilly-sur-Seine.
Charmeil, professeur de clinique dermatologique à la Faculté de médecine de Lille, 134, boulevard de la Liberté, Lille.
Chatin, 63, rue du Cardinal-Lemoine, Paris, et Uriage (Isère).
Chompret, 182, rue de Rivoli, Paris.
Combes, 87, boulevard Haussmann, Paris.
Constantin, chef de clinique, 13, rue Alsace-Lorraine, Toulouse.
Couillaud, chirurgien de l'hôpital Lavignerie, Biskra (Algérie).
Coyol, ancien interne des hôpitaux, 20, rue de l'Arcade, Paris.
Créquy, ancien interne des hôpitaux, 99, boulevard Magenta, Paris.
Daloux, Toulouse.
Danlos, médecin de l'hôpital St-Louis, 87, rue d'Amsterdam, Paris.
Darbois, 73, boulevard St-Michel, Paris.
Darier, médecin de l'hôpital Broca-Pascal, 77, boulevard Malesherbes, Paris.
Déhu, 59 bis, rue Jouffroy, Paris.
Degrais, 46, rue Paradis, Paris.
Doyon, associé de l'Académie de médecine, médecin inspecteur à Uriage (Isère), et 27, rue de Jarente, Lyon.
Druelle (Maurice), ancien interne de St-Lazare, 55, rue de Clichy, Paris.
Dubois-Havenith, professeur agrégé à la Faculté de médecine, 19, rue du Gouvernement-Provisoire, Bruxelles.
Dubreuilh (W.), professeur à la Faculté, médecin des hôpitaux, 27, rue Ferrère, Bordeaux.
Duguet, membre de l'Académie de médecine, agrégé à la Faculté, médecin honoraire de l'hôpital Lariboisière, 60, rue de Londres, Paris.
Duhot (Robert), 33, rue Duquesnoy, Bruxelles.

MM. Dumont, St-Vaury (Creuse).

Eck, 58, boulevard Magenta, Paris.

Ehlers, professeur à l'Université, 6, Laxegade, Copenhague.

Emery, ancien chef de clinique à l'hôpital St-Louis, 4, rue de Rome, Paris.

Eraud, ancien chef de clinique à la Faculté, 24, rue Victor-Hugo, Lyon.

Étienne, agrégé à la Faculté, 17, place de la Carrière, Nancy.

Eudlitz, 54 bis, rue de Clichy, Paris.

Fabre, membre correspondant de l'Académie de médecine, Commentry (Allier).

Ferras, ancien interne des hôpitaux de Paris, Luchon (H^{te}-Garonne).

Ferras (Jean), Luchon (H^{te}-Garonne).

Ferreyrolles, la Bourboule (Puy-de-Dôme).

Foulquier, 4, rue Ampère, Oran (Algérie).

Fouquet (Charles), ancien interne de l'hôpital St-Louis, 52, rue de Clichy, Paris.

*** Fournier (Alfred)**, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, médecin honoraire de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 77, rue de Miromesnil, Paris.

Fournier (Edmond), ancien chef de clinique à l'hôpital St-Louis, assistant de consultation à l'hôpital St-Louis, 77, rue de Miromesnil, Paris.

Fournier (Henri), 11, rue de Lisbonne, Paris.

François-Dainville (Ernest), ancien interne des hôpitaux, 21, rue de St-Pétersbourg, Paris.

Frêche, chef de clinique dermatologique, 42, cours Tourny, Bordeaux.

Frédet, ancien interne des hôpitaux, professeur honoraire à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, Royat (Puy-de-Dôme).

Galezowski, 103, boulevard Haussmann, Paris.

Galippe, 12, place Vendôme, Paris.

Gastou, ancien chef de clinique, ancien assistant de consultation à l'hôpital St-Louis, chef de laboratoire à la Faculté, 47, rue de Rome, Paris.

*** Gaucher (Ernest)**, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté, médecin de l'hôpital St-Louis, 1, square Moncey, Paris.

Gilbert, professeur à la Faculté, médecin de l'hôpital Broussais, membre de l'Académie de médecine, 27, rue de Rome, Paris.

Glénard, membre correspondant de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie de Paris, 99, boulevard Haussmann, Paris.

Griffon, médecin des hôpitaux, 20, rue Joubert, Paris.

Groll, 9, place Grenette, Grenoble.

Guéridaud, Clamart (Seine), et St-Gervais-les-Bains (H^{te}-Savoie).

Guinard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, 20, rue Godot-de-Mauroi, Paris.

Hallé, 100, rue du Bac, Paris.

*** Hallopeau**, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 91, boulevard Malesherbes, Paris.

Haushalter, agrégé à la Faculté de médecine, 4, rue de Rigny, Nancy.

*** Hermet**, 121, boulevard Haussmann, Paris.

Heulz, la Bourboule (Puy-de-Dôme), et 6, rue de la Bienfaisance, Paris.

Horand, chirurgien de l'Antiquaille, 99, rue de l'Hôtel-de-Ville, Lyon.

- MM. **Hudelo**, médecin des hôpitaux, 8, rue d'Alger, Paris.
Hutinel, professeur à la Faculté, médecin de l'hospice des Enfants-Assistés, membre de l'Académie de médecine, 7, rue Bayard, Paris.
Jacquet, médecin de l'hôpital St-Antoine, 52, rue du Général-Foy, Paris.
Jeanselme, médecin de l'hôpital Tenon, 92, rue Miromesnil, Paris.
Jourdanet, Uriage (Isère), et 9, rue Victor-Considérant, Paris.
Jullien, agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, chirurgien de St-Lazare, 12, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris.
Lacapère, ancien chef de clinique, 4, rue Volney, Paris.
Lafay, 34, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris.
Laffite (J.), ancien interne des hôpitaux, 42, rue d'Amsterdam, Paris.
Langenhagen (de), ancien interne des hôpitaux, Luxeuil (H^{te}-Saône).
Lapersonne (de), professeur à la Faculté de médecine, 80, boulevard Malesherbes, Paris.
Lasserre, Toulouse.
Laussedat, Royat (Puy-de-Dôme).
Lavarenne (de), 8, rue de Florence, Paris.
Legendre (Léon), 31, rue Jeanne-d'Arc, Rouen.
Legrain, médecin-major à l'hôpital militaire de Bougie (Algérie).
Lemonnier, Flers (Orne).
Lenglet, ancien interne des hôpitaux, 9, rue Vézelay, Paris.
Le Pileur, médecin de St-Lazare, 15, rue de l'Arcade, Paris.
Leredde, ancien interne des hôpitaux, ancien assistant de consultation à l'hôpital St-Louis, 31, rue La Boétie, Paris.
Lévi-Bing, 8, rue Léonie, Paris.
Longin, 33, rue de la Préfecture, Dijon.
Louste, ancien interne des hôpitaux, 167, boulevard Haussmann, Paris.
Malherbe (M.), 4, rue du Général-Meunier, Nantes.
Marfan, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, 30, rue La Boétie, Paris.
Maritoux, Uriage (Isère).
Marmonnier, 18, rue de la République, Marseille.
Marty, médecin du Dispensaire de salubrité, 23, rue St-Denis, Paris.
Melchior (Robert), chirurgien des hôpitaux, 38, rue Sainte, Marseille.
Mendel, ancien interne de l'hôpital St-Louis, 123, faub. St-Honoré, Paris.
Méneau, la Bourboule (Puy-de-Dôme), et 261, rue Judaïque, Bordeaux.
Meynet, chef de clinique à la Faculté, 8, rue d'Oran, Lyon.
Milian, ancien chef de clinique à l'hôpital St-Louis, médecin des hôpitaux, 45, rue de Berlin, Paris.
Mireur, médecin des hôpitaux, 1, rue de la République, Marseille.
Monier, 47, rue du Rocher, Paris.
Moreau, 47, rue Rempart-St-Étienne, Toulouse.
Morel-Lavallée, médecin de l'hôpital de la Charité, 30, rue du Rocher, Paris.
Morestin, chirurgien des hôpitaux, 1, square Moncey, Paris.
Moty, professeur agrégé au Val-de-Grâce, médecin de l'hôpital St-Martin, 9, rue des Petits-Hôtels, Paris.

- MM. Nélaton**, chirurgien de l'hôpital St-Louis, agrégé à la Faculté, 368, rue St-Honoré, Paris.
- Nicolas (A.)**, la Bourboule (Puy-de-Dôme).
- Nicolas (J.)**, 6, cours Lieutaud, Marseille.
- Nicolas (Joseph)**, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux, 19, place Morand, Lyon.
- Noiré**, 2, rue de Paradis, Paris.
- Ombredanne**, chirurgien des hôpitaux, 1, Quai aux fleurs, Paris.
- Oudin**, ancien interne des hôpitaux de Paris, 12, rue de Belzunce, Paris.
- Pallier**, ancien interne des hôpitaux de Paris, 24, rue des Martyrs, Paris.
- Paris**, ancien chef de clinique à la Faculté, 50, rue d'Assas, Paris.
- Pautrier**, 1, rue Alfred-de-Vigny, Paris.
- Payenneville**, 29, rue Beffroy, Rouen.
- Perrin**, professeur de clinique dermatologique à l'École de médecine, 142, rue de Paradis, Marseille.
- Petges**, 132, cours d'Alsace-Lorraine, Bordeaux.
- Petrini-Galatz**, professeur à la Faculté de médecine, Bucharest (Roumanie).
- Pignot**, 7, rue de Lille, Paris.
- Portalier**, 350, rue St-Honoré, Paris.
- Queyrat**, médecin de l'hôpital Cochin-Annexe, 25, boulevard Latour-Maubourg, Paris.
- Raymond (Paul)**, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.
- Raynaud**, directeur de la Santé, médecin de l'hôpital civil, 7, place de la République, Alger.
- Renault (Alexandre)**, médecin de l'hôpital Cochin-Annexe, 2, square La Bruyère, Paris.
- Renaut (J.)**, professeur à la Faculté, médecin des hôpitaux, 6, rue de l'Hôpital, Lyon.
- Rénon (Louis)**, médecin de l'hôpital de la Pitié, 51, avenue Montaigne, Paris.
- Reumaux**, médecin des épidémies, médecin du dispensaire municipal, Dunkerque.
- Rey**, professeur à l'École de médecine, 2, rue du Bab-Azoun, Alger.
- Richelot (G.)**, agrégé à la Faculté, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Cochin, 32, rue de Penthievre, Paris.
- Rist**, médecin des hôpitaux, 51, rue Galilée, Paris.
- Rochard**, chirurgien de l'hôpital St-Louis, 19, rue de Téhéran, Paris.
- Rostaine**, chef de clinique, 11, rue Roquépine, Paris.
- Rothschild (de)**, 33, faubourg Saint-Honoré, Paris.
- Rück**, ancien chef de clinique, Luchon (H^{te}-Garonne); l'hiver, Saint-Raphaël (Var).
- Sabaréanu**, ancien interne des hôpitaux de Paris, 21, Dionisie, Bucharest (Roumanie).
- Sabatié**, ancien interne des hôpitaux, ancien chef de clinique à l'hôpital St-Louis, 111, boulevard Beaumarchais, Paris.
- Sabouraud**, chef du laboratoire de la Ville à l'hôpital St-Louis, 62, rue Caumartin, Paris.

- MM. Sabrazès**, [professeur agrégé, médecin des hôpitaux, 2, rue Jean-Burguet, Bordeaux.
- Saint-Germain (de)**, ancien assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis, 200, rue de Courcelles, Paris.
- Sauvigneau**, ancien interne des hôpitaux, 42 bis, rue des Mathurins, Paris.
- Schmitt**, professeur à la Faculté, 51, place St-Jean, Nancy.
- Sée (Marcel)**, ancien interne des hôpitaux, ancien assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis, 48, rue de Rome, Paris.
- Sersiron**, 76, avenue Malakoff, Paris, et la Bourboule (Puy-de-Dôme).
- Sevestre**, médecin de l'hôpital Bretonneau, membre de l'Académie de médecine, 37, rue de Rome, Paris.
- Sibut**, ancien interne de St-Lazare, 21, boulevard St-Martin, Paris.
- Sottas**, ancien interne des hôpitaux, 113, rue St-Dominique, Paris.
- Souplet (Abel)**, ancien interne à l'hôpital St-Louis, 30, rue Bonaparte, Paris.
- Spillmann**, professeur à la Faculté, rue des Carmes, Nancy.
- Sulzer**, 22, rue de Tocqueville, Paris.
- Tavernier**, ex-chef de clinique à la Faculté de Lille.
- Tenneson**, médecin honoraire de l'hôpital St-Louis, 89, boulevard Montparnasse, Paris.
- Terson**, ancien interne des hôpitaux, 10, place de Laborde, Paris.
- Teulon-Vallo**, Uriage (Isère).
- Thibierge (Georges)**, médecin de l'hôpital Broca-Pascal, 64, rue des Mathurins, Paris.
- Thorel**, 3, rue Dubocage-de-Bléville, Le Havre.
- Vedel**, agrégé à la Faculté, 7, rue du Faubourg-de-Lattes, Montpellier.
- Verchère**, chirurgien de St-Lazare, ancien chef de clinique chirurgicale de la Faculté, 101, rue du Bac, Paris.
- Verdalle**, Cannes (Alpes-Maritimes), et la Bourboule (Puy-de-Dôme).
- Vérité**, 13, rue Spontini, Paris.
- Veyrières**, la Bourboule (Puy-de-Dôme), et 4, place St-Michel, Paris.
- Viennois**, Peyrin, par Roman (Drôme).
- Weil (P.-Émile)**, 9, rue de Naples, Paris.
- Wickham (Louis)**, médecin de St-Lazare, ancien chef de clinique à la Faculté, 10, rue Washington, Paris.
- Zambaco-Pacha**, ancien interne des hôpitaux de Paris, associé national de l'Académie de médecine, 19, rue Kouloglou, Constantinople.

MM. les Membres de la Société sont priés de faire parvenir leurs changements d'adresse à M. le Secrétaire général.

MEMBRES TITULAIRES DÉCÉDÉS

- MM. Ricord**, président d'honneur (1889).
Dreyfous, membre fondateur (1889).
Deligny (1890).
Horteloup (1893).
Hardy, président d'honneur (1893).
E. Vidal, président (1893).
Lailler, président d'honneur (1893).
Pignot (1893).
Diday, président d'honneur (1894).
Quinquaud, membre du Comité de direction (1894).
Rollet, président d'honneur (1894).
Malécot (1894).
Leloir (1896).
Feulard, archiviste (1897).
Péan (1898).
Puy-le-Blanc (1898).
Gémy (1902).
Kalindero (1902).
Roustan (1904).
Barbe (1905).
Brousse (1905).
Mauriac, président d'honneur (1905).
Du Castel, secrétaire général (1905).
Josias (1906).
Barthélemy, membre du Comité de direction (1906).
Merklen (1906).
Dron (1906).
-

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS.

MM. LES DOCTEURS :

- Amicis (Tommaso de)**, professeur et directeur de la clinique dermo-syphiligraphique à l'Université de Naples, médecin en chef de la section spéciale des maladies vénériennes et cutanées à l'hôpital des Incurables, membre de l'Académie royale de médecine et de chirurgie de Naples, via Medina, 47, Naples.
- Anderson (Thomas Mac-Call)**, professeur de clinique interne à l'Université, chef du service des maladies de peau à l'hospice Occidental de Glasgow, 2, Woodside Terrace, Glasgow.
- Azua-y-Suarez**, médecin de l'hôpital San-Juan-de-Dios, 6, rue Villanova, Madrid.
- Bayet**, chef du service dermatologique de l'hôpital St-Pierre, agrégé suppléant à l'Université, 78, boulevard Waterloo, Bruxelles.
- Beck-Soma**, 16, Wachner boulevard, Buda-Pesth.
- Behrend**, professeur de dermatologie, 22, Mittelstrasse, Berlin.
- Bergh**, professeur de clinique, médecin en chef de l'hôpital de l'Ouest (femmes vénériennes), 19, Stromgade, Copenhague.
- Bertarelli (Ambrogio)**, directeur de la section des maladies de peau à l'hôpital Majeur de Milan, membre du conseil sanitaire de la province de Milan, rédacteur en chef du *Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle*, via S. Orsola, 1, Milan.
- Blaschko**, 104, Friedrichstrasse, Berlin.
- Bock (Caesar)**, professeur de clinique dermatologique à l'Université, Christiania.
- Bogdan (Georges)**, médecin adjoint de l'hôpital St-Spiridon, professeur de médecine légale, Iassy.
- Breda**, professeur de dermatologie à l'Université, Padoue.
- Lrodeur**, ancien interne des hôpitaux de Paris, 707, rue Sherbrooke, Montréal (Canada).
- Brooke (H. G.)**, professeur de dermatologie à Owens College, Manchester.
- Bulkley (L. Duncan)**, médecin de l'hôpital de New-York, 531, Madison avenue, New-York.
- Bunch (J. L.)**, 116, Piccadilly, London.
- Campana (Roberto)**, professeur de clinique dermo-syphilopathique à l'Université, Rome.
- Castelo-y-Canalis**, médecin de l'hôpital San-Juan-de-Dios, 19, rue Claudio-Coëlla, Madrid.
- Castrillon**, chargé du cours de dermatologie à Santa-Fé-de-Bogota (Colombie).

- MM. Caspary**, professeur de dermatologie à l'Université, Königsberg.
Cavafy (John), médecin de l'hôpital St-Georges, 2, Upper Berkeley street, Portman square, Londres.
Chaves (Bruno), ministre des États-Unis du Brésil, 15, Schwing, Vienne.
Colombini, professeur de dermatologie à Sassari.
Crocker (H. Radcliffe), membre du Collège royal des médecins de Londres, chef du service des maladies de la peau à l'hôpital de l'Université, médecin des enfants à l'hôpital de l'Est, 121, Harley street, Londres.
Cruyl, chef du service chirurgical à l'hôpital civil et assistant à l'Université, 18, rue Longue-du-Marais, Gand.
Dind, professeur à la Faculté de médecine, Lausanne.
Djelaledin-Moukhtar, professeur à la Faculté de médecine, Constantinople.
Dodsworth (de Toledo), Rio-de-Janeiro.
Doutrelepon, professeur de dermatologie à l'Université, Bonn.
Ducrey (Augusto), professeur de pathologie et clinique dermo-syphilopathiques à l'Université de Pise.
Duhring (Louis A.), professeur de dermatologie à l'hôpital de l'Université de Pensylvanie, 1416, Spruce street, Philadelphie.
Düring (von), professeur à l'Université, Kiel.
Eddower (Alfred), 28, Wimpole street, London.
Elliott, 36 East 35th street, New-York.
Euthyboule, médecin de l'hôpital Zeineb-Kiamil, chargé du service des maladies cutanées et vénériennes à l'hôpital français Jérémie, 5, rue Mekleb, Péra, Constantinople.
Falcão, directeur du service dermatologique à l'hôpital général, Lisbonne.
Filaretopoulos, agrégé à Athènes.
Finger, professeur à la Faculté de médecine de Vienne, I. Graben, 26, Vienne.
Fiwelsky, médecin de l'hôpital Miarnitzkaja, médecin du dispensaire de salubrité, Karetnaja Sadowaja, 235, Moscou.
Fox (J. Colcott), professeur de dermatologie à l'hôpital Westminster, médecin de l'hôpital des Enfants Victoria, membre du Collège des médecins de Londres, etc., 14, Harley street, Cavendish square, Londres.
Galloway, médecin de l'hôpital Charing Cross, 54, Harley street, Londres.
Gay, professeur de dermatologie, Kazan.
Glück, médecin de l'hôpital de l'Etat à Sarajewo.
Godinho (Jorge), 62, rue Garret, Lisbonne.
Gonzalez Uruena, professeur de clinique dermatologique à la Faculté de Mexico, 15, Portillo de San-Diego, Mexico.
Graham (Little), 61, Wimpole street, London.
Griffith (J. S.), Redland Park house, Bristol.
Hansen, Bergen, Norvège.
Haralamb, médecin de l'hôpital Colentina, 3, strada Renascerei, Bucharest.

- MM. Havas**, docent de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université de Budapest, directeur de la policlinique dermatologique, IV, rue Maria-Valéria, 7, Budapest.
- Hutchinson (Jonathan)**, F. R. C. S., chirurgien du London hospital et de l'hôpital des maladies de la peau, 15, Cavendish square, W., Londres.
- Hyde (James Nevins)**, professeur de dermatologie, 100, State street, Chicago.
- Jacobi**, professeur à l'Université, Fribourg-en-Brigau, Allemagne.
- Jadassohn**, professeur de dermatologie 7, Pavillonweg, Berne.
- Jamieson**, 26, Rutland street, Edimbourg.
- Janovsky (Victor)**, professeur à la Faculté de médecine Tchèque, médecin des hôpitaux, directeur de la clinique dermatologique et syphiligraphique de la Faculté, membre du Conseil d'hygiène de la ville, etc., Hopfenstochgasse, 5, Prague.
- Juliusberg**, Francfort-sur-le-Mein.
- Keser**, privat-docent de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine, 1, place du Port, Genève.
- Krefting (Rudolf)**, Christiania, Norvège.
- Lang (Eduard)**, professeur à l'Université de Vienne, médecin en chef de l'Hôpital général, membre de l'Académie Léopoldino-Carolina Cæsarea, Ebendorferstrasse, 10, Vienne.
- Lanz**, agrégé à l'Université, Armianski per, maison Konstantinoff, Moscou.
- Lassar**, professeur à l'Université, Reichstag Ufer 1, Berlin.
- Lebel**, médecin directeur de la Prison de Québec, Canada.
- Leo (Constantino)**, 18, via Canestrari, Rome.
- Lesser**, professeur de dermatologie, Lützow Ufer, 19, Berlin.
- Lindström**, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Kiew, Russie.
- Living**, membre du Collège Royal des médecins de Londres, 11, Manchester square, Londres.
- Lustgarten**, à New-York.
- Macleod**, Harley street, 11, Londres.
- Majocchi** professeur, directeur de la clinique dermo-syphilopathique, Bologne.
- Malcolm (Morris)**, chef de la section des maladies de la peau et chirurgien à l'hôpital Sainte-Marie, 8, Harley street, Cavendish square, Londres.
- Mannino (L.)**, chef du service des maladies vénériennes et cutanées à l'Hôpital civil, membre de l'Académie royale de médecine de Palerme, etc., via Cavini, 27, Palerme.
- Mello-Breyner (Thomas de)**, 59, Junqueira, Lisbonne.
- Mendes da Costa**, professeur de dermatologie, 45, Rømer Wischerstraat, Amsterdam.
- Méric (de)**, chirurgien de l'hôpital français de Londres, 35, Bryanston street, Portman square, Londres.
- Mibelli**, professeur de dermatologie, 79, via Ventidue-Luglio, Parme.
- Moeller (Magnus)**, docent de dermatologie et de syphiligraphie, chef de service à l'hôpital St-Göran, Stockholm.

- MM. Morrow (Prince)**, ancien directeur du *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, 66, West 40th street, New-York.
- Mracek**, professeur de dermatologie, Vienne.
- Munro**, Sydney.
- Neisser**, professeur et directeur de la Clinique dermatologique, 112, Fürstenstrasse, Breslau.
- Nékam**, privat-docent, rue Kossuth, 2, Buda-Pesth, Hongrie.
- Nicoulau**, Bucarest.
- Nikolski**, professeur de dermatologie, 14, Sadoveja, Varsovie.
- O'Brien**, 29, Merrion Square North, Dublin.
- Olavide y Malo (José)**, directeur du musée dermatologique de l'hôpital San-Juan-de-Dios, 17, rue Jorge-Juan, Madrid.
- Oltramare**, professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine, 11, Corraterie, Genève.
- Oro (Mario)**, 23, via Tarsia, Naples.
- Pardo Regidor**, 22, calle della Luna, Madrid.
- Pautry**, 4, rue du Mont-Blanc, Genève.
- Pawloff**, professeur de dermatologie, 57, rue des Officiers, St-Pétersbourg.
- Pellizzari (Ceslo)**, professeur de dermatologie à l'Institut des Études supérieures, 2, via della Colonna, Florence.
- Pornet (Georges)**, 94, Harley street, London.
- Petersen**, St-Pétersbourg.
- Pharmacopoulos**, Athènes.
- Photinos**, Athènes.
- Pick (Fillipp-Josef)**, professeur et directeur de la clinique dermatologique et syphiligraphique à l'Université allemande de Prague, médecin en chef de l'Hôpital général, rédacteur en chef de l'*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, III, Jungmannstrasse, 41, Prague.
- Pittard (Henri)**, chirurgien de Charity Hospital, 256, West 57th street, New-York.
- Pini**, assistant à la clinique dermo-syphilopathique, Ospedale S. Orsola Bologne.
- Polano (M.-E.)**, Klinik Hoogracht, 14/15 St-Gravenhage.
- Yospelow (Alexis)**, professeur à la Faculté de médecine de Moscou, directeur de la clinique dermatologique, etc., clinique dermatologique, Moscou.
- Fringie**, médecin de Middlesex Hospital pour les maladies de la peau, professeur de dermatologie à l'École de médecine, membre du Collège royal des médecins de Londres, 23, Lower Seymour street, Portman square, Londres.
- Profeta (Giuseppe)**, professeur de l'Université, Palerme.
- Proksch**, Vienne.
- Rasch**, 10, Amagertow, Copenhague.
- Ravogli**, 88, West 7th street, Cincinnati, États-Unis.
- Riehl**, professeur de dermatologie à l'Université, 37, Alserstrasse, Vienne.
- Rille**, professeur de dermatologie, Leipzig.
- Robinson (A. R.)**, professeur de dermatologie à la Policlinique, professeur d'anatomie pathologique et de dermatologie au Collège médical des femmes, 248, West 42th street, New-York.

- MM. Rona**, professeur, médecin de l'hôpital Saint-Stephan, Andrassyutza, 23, Budapest.
- Rosenthal**, conseiller sanitaire, Postdamerstrasse, 121 g., Berlin.
- Schiff (Eduard)**, professeur, 1, Wallfischgasse, 6, Vienne.
- Selhorst (S. B.)**, Klinik Hoogracht, 14/15 St-Gravenlage
- Sommer (Raldomero)**, Buenos-Ayres.
- Spiegler**, privat-docent de dermatologie à l'Université, Ebendorferstrasse, 10, Vienne.
- Spitzer (Ernest)**, privat-docent, 5, Morzinplatz, Vienne.
- Stelwagon**, 1634, Spruce street, Philadelphie.
- Stephen Mackensie**, Londres.
- Silva (da)**, Lisbonne.
- Szrwkowski (Michel)**, ancien assistant de l'hôpital Saint-Esprit, rue Eryvanska, 10, Varsovie.
- Taylor (R. W.)**, professeur des maladies vénériennes au Collège des médecins et chirurgiens, chirurgien de l'hôpital de la Charité, chef du service des maladies de la peau à l'hôpital de New-York, 40 West 21th street, New-York.
- Thin (George)**, 22, Queen's Anne street, Cavendish square, Londres.
- Török (Louis)**, 16, Andrassyutza, Budapest.
- Touton**, 20, Friedrichstrasse, Wiesbaden.
- Troisfontaines**, professeur à la Faculté de médecine, Liège.
- Umbert**, Barcelone.
- Unna**, 5, Park-Allee, Eimsbüttel, Hambourg.
- Vajda**, agrégé à l'Université, I. Naglergasse, 58, Vienne.
- Veiel**, à Cannstadt.
- Virgilio Baptista**, Lisbonne.
- Watraszewski (de)**, médecin de l'hôpital St-Lazare, Varsovie.
- Welander (Édouard)**, professeur agrégé de syphilidologie à l'École de médecine (Institut Carolin), médecin en chef de l'hôpital St-Göran, 10, Skeppsbron, Stockholm.
- White (James C.)**, professeur de dermatologie à l'Université Harvard, 259, Marlborough street, Boston.
- Wolff**, professeur de dermatologie, 5, rue Empereur-Frédéric, Strasbourg.
-

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS DÉCÉDÉS

- Professeur **Mansouroff**, de Moscou (1892).
Professeur **Manassei**, de Rome (1893).
Professeur **Pellizzari (Pietro)**, de Florence (1894).
Professeur **Smirnoff**, d'Helsingfors (1896).
Professeur **Stoukowenkoff**, de Kiew (1897).
Professeur **Schwimmer**, de Buda-Pesth (1898).
Professeur **Olavide**, de Madrid.
Docteur **van Hoorn**, d'Amsterdam.
Professeur **Kaposi**, de Vienne (1902).
Professeur **Hans von Hebra**, de Vienne (1902).
Professeur **Jarisch**, de Gratz (1902).
Professeur **Tommasoli**, de Palerme (1904).
Professeur **Köhner**, de Berlin (1904).
Professeur **Scarenzio**, de Pavie (1904).
Professeur **Thomachewski**, de Kiew (1906).
Professeur **Haslund (Alex.)**, de Copenhague (1906).
Professeur **Tarnowski (Benjamin)**, de Saint-Pétersbourg (1906).
Professeur **Neumann (Isidor)**, de Vienne (1906).
-

CORBEIL. — IMPRIMERIE ÉD. CRÉTÉ.

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 3 JANVIER 1907

Présidence de M. H. Hallopeau.

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — Sur un nouveau cas d'acrodermatite suppurative continue, par M. HALLOPEAU. — Nouveau cas de proliférations locales intensives au voisinage d'un chancre induré, par MM. HALLOPEAU et BOUDET. — Sur un lupus érythémateux de la face, guéri unilatéralement par un érysipèle unilatéral, par MM. HALLOPEAU et BOUDET. — Sur un cas de syphilis tertiaire précoce, gomme du frontal et perforation, par MM. HALLOPEAU et BOUDET. (Discussion : MM. DANLOS, LEREDDE, E. FOURNIER, MILIAN, HALLOPEAU, LENGLET, JEANSELME, GASTOU.) — Sarcomatose primitive multiple de la peau. Rectification de diagnostic, par MM. BALZER, MERLE et RUBENS DUVAL. — Sporotrichose : a) présentation de malade, par MM. DANLOS, DEROYE et GOUGEROT ; b) présentation de cultures, pièces humaines et expérimentales, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. — Probabilité de syphilis ignorée et de syphilide psoriasiforme tertiaire. Insuffisance de l'examen histologique, par MM. DANLOS et DEROYE. — Note sur le cas précédent, par M. GASTOU. — Troubles trophiques des doigts, de cause indéterminée, par M. FRANÇOIS-DAINVILLE. — Un cas de parapsoriasis, par M. MILIAN. (Discussion : MM. GAUCHER, MILIAN).

Ouvrages offerts à la Société.

A. PASINI. — Sulla permanenza della spirochete pallida en una macula atrofico pigmentaria residua di una papula sifilitica. Milan, *Tipografia degli operai*, 1906.

— Sulla presenza della spirochete pallida en alcune secrezioni fisiologiche degli individui eredosifilitici. Milan, *Tipografia degli operai*, 1906.

— Ueber purpura senilis. *Monatshefte für Praktische Dermatologie*, 43 Band, 1906.

ED. FOURNIER — Recherche et diagnostic de l'hérédosyphilis tardive. Paris, Masson et C^{ie}, 1907.

Sur un nouveau cas d'acrodermatite suppurative continue.

PAR M. HALLOPEAU.

L'état morbide que nous avons décrit sous ce nom a récemment attiré l'attention de plusieurs dermatologues, parmi lesquels nous

citerons plus particulièrement MM. Audry, Hamman, Ledoux, Pospelow, Bodin, Carle, Hudelo et Hérissou, et Mestchersky dont le travail vient de paraître dans les *Annales de Dermatologie*.

Les hypothèses les plus diverses ont été formulées relativement à sa nature : c'est ainsi qu'il s'agit, pour les uns, d'une trophonévrose ; pour d'autres, d'une localisation de l'impétigo herpétiforme ou de la maladie de Duhring ; pour d'autres, d'accord avec nous, d'une infiltration bactérienne sous les couches épaisses de l'épiderme des régions intéressées.

C'est, en effet, suivant nous, exclusivement à la structure toute particulière de la peau, dans les régions palmaires, que sont dues ces suppurations interminables ; les agents infectieux peuvent être d'origine et de nature diverses ; le fait essentiel, c'est qu'ils se trouvent emprisonnés dans la couche profonde de l'épiderme trop épais pour qu'ils puissent le franchir.

L'histoire du malade que nous vous présentons offre, à cet égard, quelques particularités qui nous semblent dignes d'intérêt.

Le nommé T..., 53 ans, teinturier, salle Hardy ; il a des antécédents maternels d'arthritisme.

En 1903, à la Pentecôte, il est atteint d'une éruption rouge qui occupe la partie inférieure des avant-bras et les mains. Elle s'accompagne bientôt de vésicules et de suintement.

Ces altérations ont, depuis lors, constamment persisté avec de courtes rémissions incomplètes.

Depuis un an, les dernières phalanges des trois derniers doigts des deux mains sont en flexion sur les deuxièmes.

T... entre, en novembre, dans notre service ; à ce moment, on voit profondément, sous l'épiderme des paumes des mains, des traînées purulentes multiples, serpiginieuses ; le malade accuse une sensation violente et persistante de prurit au niveau des faces palmaires. Il est traité successivement par le permanganate et par le baume de Baissade qui provoque une aggravation suivie d'une poussée eczémateuse du côté du front et des oreilles.

Depuis 18 jours, sous l'influence d'un traitement bi-hebdomadaire par les rayons X, il s'est produit une notable amélioration ; les traînées purulentes, qui existaient encore samedi dernier, ont entièrement disparu.

L'état actuel est le suivant : Les altérations occupent avec une symétrie presque parfaite les deux extrémités supérieures ; à la partie inférieure des poignets, la peau est rouge, plissée, légèrement squameuse ; il en est de même sur toute la surface des mains.

Dans la région palmaire, l'épiderme est le siège de soulèvements multiples qui mesurent de 2 à 6 millimètres dans leur plus grand diamètre. Ces altérations épidermiques sont consécutives aux soulèvements purulents ; elles sont ouvertes à leur partie médiane. Elles se propagent du côté gauche à la face palmaire des deux derniers doigts. Toute la peau de ces régions palmaires est d'un rouge sombre, et le siège, par places, de minces crouilles ; sa surface est légèrement plissée ou lisse.

La flexion des phalanges sur les phalangettes est permanente ; il est impossible de ramener les doigts dans leur attitude normale.

Les articulations phalangiennes de l'index et du médius paraissent un peu tuméfiées. Les ongles sont striés verticalement et transversalement, leur surface est inégale. Les traînées purulentes, encore visibles il y a quelques jours, ont complètement disparu. Les pieds sont indemnes, les ganglions sus-épitrochléens des deux côtés et axillaires du côté droit sont tuméfiés.

Il n'y a pas d'asphyxie locale des extrémités, bien que le contact des extrémités digitales donne, comme dans cet état morbide, une certaine sensation de viscosité.

Si l'on cherche à établir quelle a été dans ce fait la filiation des accidents, on arrive à la conception suivante : sous l'influence des irritations auxquelles donne lieu, dans la profession de teinturier, le contact des substances chimiques, il s'est développé chez ce malade une dermatite eczémateuse qui s'est localisée aux poignets où elle persiste encore et aux mains ; secondairement, par les portes d'entrée que constituaient les vésicules rompues, des microbes pyogènes ont pénétré et immigré dans les couches superficielles du derme où elles donnent lieu depuis lors aux suppurations serpiginieuses qui caractérisent objectivement cette dermatose ; ils s'y sont installés définitivement jusqu'au jour où les rayons X sont venus en empêcher la repullulation et en assurer la disparition par un mécanisme sur lequel nous allons revenir.

Chemin faisant, en se propageant aux gaines des tendons, les inflammations ont amené la flexion permanente des phalanges sur les phalangettes ; de plus, il s'est produit, par instants, des auto-inoculations eczémateuses au cou et au visage.

Si les altérations sont symétriques, c'est en raison de l'influence réciproque qu'exercent l'une sur l'autre, par voie réflexe, les altérations des extrémités des membres : l'intervention de troubles trophiques doit donc être admise ; mais, suivant nous, rien n'établit qu'elle soit primordiale comme le soutiennent les partisans de la théorie tropho-névrotique : il s'agit, selon toute vraisemblance, de troubles secondaires d'origine réflexe.

M. Mestchersky oppose à cette manière de voir la stérilité du liquide contenu dans les vésicules, mais il en est de même dans l'eczéma et nous sommes de ceux qui, avec Leredde, considèrent cette maladie comme parasitaire : les auto-inoculations que nous observons incessamment dans notre consultation de Saint-Louis chez les malades atteints d'eczéma professionnel nous en fournissent la preuve. Nous venons de voir que de pareilles inoculations se sont produites chez ce malade à la suite d'une poussée aiguë de dermite eczémateuse provoquée par le baume de Baissade ; les observations de Perrin

peuvent également être citées à l'appui de ces auto-inoculations ; si l'on ne trouve pas de microbes dans ces vésicules, s'est sans doute parce qu'ils siègent en dehors d'elles.

La production des altérations d'acrodermatite en dehors de traumatismes mentionnés est invoquée par le même auteur contre notre interprétation ; mais les extrémités digitales ne sont-elles pas chez tout le monde le siège d'incessants traumatismes ? est-il nécessaire d'une large porte d'entrée pour permettre aux différents microbes pyogènes de pénétrer dans les couches profondes de l'épiderme et, de là, dans les tissus sous-jacents ?

L'apparition possible des premières phlyctènes sur la face latérale des doigts ne nous contredit nullement, car, dans cette partie, l'épiderme est, presque partout, plus épais que dans la plupart des autres régions ; par contre, nous invoquerons en faveur de notre théorie l'absence habituelle des traînées purulentes sur la face dorsale des mains.

M. Mestchersky arrive à conclure qu'il s'agit d'une localisation de la dermatite herpétiforme de Duhring et de l'impétigo herpétiforme de Hebra, qu'il réunit dans une seule espèce morbide.

Il est possible que l'impétigo de Hebra se localise dans les régions palmaires et donne lieu aux altérations caractéristiques de l'acrodermatite ; il en est de même pour la maladie de Duhring ; mais ce sont là, en tout cas, des faits très exceptionnels.

Dans la grande majorité des cas, contrairement à ce qui se passe dans l'impétigo de Hebra, il n'y a pas de pustules isolées, il ne se produit pas de croûtes épaisses, il ne survient pas de proliférations papillomateuses, on n'observe pas de symptômes généraux graves et les malades ne meurent pas de leur dermatose qui est au contraire compatible avec un excellent état de santé générale.

Contre l'assimilation avec la dermatite herpétiforme de Duhring, nous signalerons la localisation, pendant de longues années, des altérations à une même région, le défaut de groupement agminé des éléments éruptifs, la propagation des suppurations sous forme de longues traînées.

Si nous croyons devoir maintenir ferme la manière de voir que nous avons formulée dans nos premières publications, c'est qu'elle rend compte de tous les faits et que, seule, elle peut en rendre compte.

Nous noterons comme particularités, chez ce malade, le début par la dermatite professionnelle, la persistance de cette dermatite sous forme d'un eczéma typique, l'intensité parfois extrême du prurit, l'action nocive qu'a exercée le baume de Baissade et l'influence si prompt et puissante du traitement par les rayons X, ver nat confirme que nous avons déjà signalé ici même avec M. Gastou, à qui

revient l'initiative de ce traitement, dans un cas où la dermatose existait depuis plus de vingt ans. On peut dire que nous tenons désormais la cure efficace de cette maladie jusqu'ici résistante à tous les moyens d'action.

Pour ce qui est du mode d'action des rayons X en pareils cas, l'explication la plus vraisemblable est celle d'une modification du milieu de culture qu'offrent aux microbes pathogènes les couches superficielles du derme : c'est ainsi qu'ils feraient disparaître ces parasites sans excercer sur eux une action directement destructive.

M. Audry a cru devoir substituer à notre dénomination d'*acrodermatite continue*, celle de *phlycténose récidivante*; il conteste la continuité et fait remarquer qu'il y a des faits d'acrodermatite différents de notre type morbide.

Qu'il y ait parfois des rémissions, nous ne le contestons pas, mais l'épithète de *continue* nous paraît néanmoins congrue, car la continuité est un des caractères essentiels de la maladie; les autres formes d'acrodermatites persistantes sont qualifiées diversement; il en est ainsi de celle qu'a décrite Herxheimer.

La dénomination de *phlycténose* serait susceptible d'objection; on peut se demander si les traînées purulentes serpigineuses méritent bien cette dénomination et il n'en est certainement pas ainsi pour les lésions eczémateuses typiques qui, dans plusieurs cas, ont joué un rôle important dans la scène morbide, non plus que pour la dermite concomitante, les rétractions tendineuses et les dystrophies unguéales. Nous préférons enfin la qualification de *continue* à celle de *récidivante*, car il ne nous paraît pas douteux que des microbes infectieux ne persistent à l'état latent pendant les courtes périodes de rémission.

Pour ces raisons nous maintenons notre dénomination d'*acrodermatite continue* et nous sommes heureux de constater qu'elle est adoptée par tous les auteurs qui se sont récemment occupés de la question.

Nouveau cas de proliférations locales intensives au voisinage d'un chancre induré.

Par MM. H. HALLOPEAU et BOUDET.

L'un de nous a déjà insisté à plusieurs reprises, et notamment dans une communication au congrès de Liège en 1903, sur les *proliférations locales dans la syphilis*. Si nous croyons devoir en montrer à la Société un nouvel exemple, c'est que ces faits ont été, et sont encore, interprétés généralement d'une manière différente.

Nous résumerons ainsi qu'il suit l'histoire de cette malade :

La nommée Eugénie L..., âgée de 20 ans, entrée salle Lugol, lit n° 24, est atteinte d'une syphilis dont le début remonte à six mois; elle a été précédée d'une bartholinite de la grande lèvre droite, vers le tiers inférieur; le chancre a siégé au niveau de la grande lèvre gauche; il a duré un mois.

Environ six semaines après, se sont produites des ulcérations dans son voisinage. Elles se sont multipliées au-dessous de l'ulcération initiale, végétant et s'étendant excentriquement; elles ont envahi les plis génito-cruraux.

Actuellement, il n'y a pas d'accidents secondaires ailleurs qu'au niveau de la vulve.

Ces lésions sont constituées par des saillies végétantes formant un relief qui atteint 5 millimètres de hauteur.

Les dimensions longitudinales de la plaque située à la partie inférieure de la grande lèvre gauche sont de 45 millimètres sur 35 transversalement, sa surface est inégale, mamelonnée, sillonnée par de nombreuses dépressions linéaires excoriées et sécrète un liquide sanieux.

La partie sous-jacente de la grande lèvre est le siège d'altérations semblables de dimensions moindres; l'une d'elles, cependant, mesure 36 millimètres de long sur 10 de large.

A la partie interne de la fesse droite, une ulcération de mêmes caractères mesure 6 centimètres longitudinalement sur 7 transversalement; elle se continue avec des ulcérations de la fourchette et de la petite lèvre.

La plaque génito-crurale s'étend verticalement sur une longueur de 7 centimètres et une largeur de 12 millimètres; elle est également saillante, mamelonnée, ulcérée; elle remonte à 3 centimètres au-dessus de la commissure labiale. A droite une plaque semblable mesure 20 millimètres sur 7.

On voit, en outre, un semis de saillies non ulcérées, grosses comme des grains de chènevis.

Autour de l'anus, ulcérations multiples, identiques à celles de la fourchette.

Les ganglions inguinaux sont tuméfiés; il n'y a pas d'altérations buccales.

Ainsi donc, chez cette malade, la syphilis secondaire se traduit exclusivement par des manifestations graves au pourtour des organes génitaux; les autres parties de la surface tégumentaire externe ainsi que les muqueuses accessibles à l'exploration visuelle sont actuellement indemnes; ces lésions périgénitales sont remarquables par leur étendue en surface, par leurs caractères ulcéreux et par leurs saillies végétantes. Nous n'insisterons pas sur ce dernier caractère qui paraît dû à l'association de microbes indépendants du tréponéma.

En général, on attribue ces localisations vulvaires à la malpropreté et plus particulièrement à l'action irritante des produits de sécrétion qui stagnent dans cette région; nous ne contestons pas que cette cause ne puisse, comme toute irritation locale, exercer un appel sur le virus; mais une partie tout au moins des altérations échappent à cette interprétation: nous voulons parler de ces vastes ulcérations qui s'étendent dans la région inguinale droite, au-dessus de la vulve. D'autre part, étant donné ce que nous avons maintes fois signalé chez l'homme, en

l'absence de ces stagnations de liquides altérés, nous sommes amenés à conclure qu'il s'agit là de lésions engendrées par les tréponémas émanés directement de ceux de l'accident primitif et immigrés dans les régions voisines, soit par les espaces lymphatiques, soit par les interstices du tissu conjonctif, par le mécanisme que nous dénommons *intra-inoculation*, à une période de leur évolution où ils présentent une activité plus grande qu'après avoir passé dans la circulation générale. Il est probable que le contact incessant des syphilomes ulcérés, au niveau des petites lèvres, doit donner lieu également à des *auto-inoculations*, malgré l'insuccès de l'expérimentation dans ses tentatives pour leur donner lieu dans des conditions beaucoup moins favorables.

Cette interprétation, formulée par l'un de nous depuis plusieurs années, a été récemment confirmée par les résultats de l'expérimentation qui a conduit Finger à formuler la proposition suivante : *« contrairement à la thèse courante, les syphilitiques, à tous les stades de leur maladie, réagissent sous l'influence du virus syphilitique par des manifestations spécifiques locales. »*

Cette déclaration semble au premier abord en désaccord avec les belles expérimentations de notre collègue M. Queyrat qui limite à onze jours la durée de la période pendant laquelle le porteur d'un chancre induré reste en état de réceptivité à l'égard de nouvelles inoculations, mais, en réalité, ces faits montrent seulement que le contact n'est plus inoculable par le même procédé; c'est qu'en effet les observations cliniques ne permettent pas d'admettre une autre explication que celle du transport direct du tréponéma très virulent dans les localités voisines.

Nous avons exposé au récent Congrès de Lyon pour l'avancement des sciences les arguments qui militent en faveur d'une évolution du tréponéma dans l'organisme: le contraste chez cette femme entre les lésions de généralisation et les manifestations locales est des plus frappants. Nous ferons remarquer, à cet égard, que M. Queyrat, dans sa communication si intéressante à la Société médicale des hôpitaux, a trouvé, dans les accidents primitifs, des tréponémas plus courts et épais qu'ils ne le sont généralement: c'est là, selon toute vraisemblance, un caractère qui correspond à une différence dans l'activité des fonctions pathogénétiques.

Nous résumerons les données de cette note par les conclusions suivantes :

1° *Nous affirmons de nouveau que le tréponéma présente, au niveau de l'accident primitif, une virulence plus grande que dans les manifestations secondaires disséminées;*

2° *Il se produit souvent autour du chancre un envahissement des tissus par ces tréponémas suractifs: il en résulte le développe-*

ment de lésions ulcéreuses et végétantes remarquables par leur étendue et leur nombre;

3° *Le contact des sécrétions irritantes est impuissant à expliquer le développement de ces syphilomes qui se produisent en dehors de leur sphère d'action;*

4° *L'expérimentation est venue, à cet égard, confirmer les résultats de l'observation;*

5° *Les caractères reconnus par M. Queyrat au tréponéma de l'accident primitif sont en faveur d'une évolution de ce parasite dans l'organisme humain.*

Sur un lupus érythémateux de la face guéri unilatéralement par un érysipèle unilatéral.

Par MM. H. HALLOPEAU et BOUDET.

L'un de nous a mis plusieurs fois en évidence l'action puissamment modificatrice et parfois curative qu'exerce l'érysipèle sur le lupus tuberculeux vulgaire; la malade que nous avons l'honneur de présenter montre d'une manière saisissante qu'il en est de même pour le lupus érythémateux.

La nommée Marie R..., âgée de 23 ans, infirmière, entre le 3 décembre 1906, salle Lugol, au lit n° 17.

Cette malade a un lupus érythémateux datant de 3 ans. Il occupait en novembre les deux joues de la malade, son menton et les ailes du nez. A cette époque, elle fut atteinte d'un érysipèle, qui resta circonscrit au côté droit de la face.

Consécutivement son lupus a rétrogradé de ce même côté; à l'heure actuelle, la joue droite ne présente plus qu'une pigmentation sombre avec aspect cicatriciel.

Cette guérison unilatérale donne à la physionomie de cette jeune femme un aspect étrange et inoubliable; elle montre en toute évidence que l'inflammation provoquée par les toxines streptococciques éteint la virulence de l'agent générateur du lupus érythémateux, comme elle le fait pour celui du lupus tuberculeux: c'est entre eux un nouveau trait commun.

Sur un cas de syphilis tertiaire précoce avec gomme du frontal et perforation.

Par MM. H. HALLOPEAU et BOUDET.

Cette syphilis nous paraît mériter l'attention par la *gravité précoce de ses manifestations, l'envahissement de plusieurs parties du squelette, les nécroses et les perforations qui en résultent et l'inefficacité des traitements.*

Le nommé Charles C..., âgé de 29 ans, couché salle Hardy, lit n° 74, a contracté la syphilis à Nouméa en 1903; l'accident initial a siégé à la verge; il a été suivi bientôt après de plaques muqueuses dans la bouche et à l'anus. Le malade n'a pas remarqué de roséole, mais, presque en même temps, apparurent des nodosités sur toutes les parties du corps, et l'œil gauche a été atteint d'iritis.

C'est dans cet état qu'il est allé à l'hôpital Ricord, à la fin de 1903.

Ces accidents ont cédé à 3 injections de calomel; après sa sortie, le malade a continué pendant 3 mois à prendre des pilules.

En décembre 1904, il est entré dans le service de M. Gaucher pour des gommès de la peau; il y a été traité pendant deux mois par les injections de biiodure, et a continué ce traitement après sa sortie; le nombre de ces injections s'est élevé à 120.

Néanmoins, en 1905, il lui est survenu deux nouvelles gommès dans la région dorsale; il a été traité par M. Balzer qui en a fait prendre un moulage; il avait à ce moment de nombreuses plaques dans la bouche et dans la gorge.

Il a reçu alors des injections d'huile grise.

En août 1906, le malade est pris d'une céphalalgie intense, constante, sans prédominance nocturne. Bien qu'il ingérât à ce moment régulièrement des pilules de proto-iodure, il a vu, vers le milieu d'octobre, une petite tumeur se développer dans la région frontale; elle a atteint bientôt le volume d'un œuf de pigeon; puis elle s'est ulcérée, a suppuré abondamment; la céphalalgie a disparu.

En même temps, le nez a augmenté de volume, s'est tuméfié au niveau des os propres et bientôt s'est ulcéré, en même temps qu'une suppuration abondante se produisait dans l'arrière-gorge; le malade a rejeté un osselet aplati, rugueux, d'un centimètre de longueur environ, provenant probablement des os propres.

Actuellement, le malade présente au milieu du crâne une ulcération profonde de 3 centimètres de largeur sur 4 de longueur, siégeant au sommet du frontal; les bords en sont taillés à pic; le fond est formé en partie par l'os éburné, dépouillé de son périoste.

À la partie supérieure de l'ulcération, il s'est fait une perforation dont les dimensions atteignent celles d'une pièce d'un centime: ses bords sont comme creusés à l'emporte-pièce.

Au fond de la plaie sanieuse, le pus sécrété est le siège de soulèvements synchrones à ceux du pouls.

Au niveau du nez, on constate l'existence d'une gomme ulcérée.

L'examen de la gorge montre une disposition assez particulière.

Les deux piliers antérieurs sont intacts ainsi que la luette; la communication avec le naso-pharynx est établie par une longue boutonnière au fond de laquelle on aperçoit la muqueuse; cette boutonnière semble constituée par les piliers postérieurs soudés à la paroi.

On note l'existence de nombreuses adénopathies dans les aines, à la nuque et aux épitrochlées.

L'état général, malgré un certain degré d'anémie, n'est pas notablement altéré; l'appétit est conservé; il n'y a ni vomissements ni constipation; la

lucidité est complète; les signes de Kernig, et de l'orteil font défaut; la température ne s'est élevée qu'un jour à 38°.

Traitement: frictions mercurielles; iodure de potassium à la dose de 6 grammes par jour; application, sur les parties ulcérées accessibles, de compresses de tarlatane aseptique pliées en 12, imprégnées d'une solution de sublimé au 5/1000^e et recouvertes de taffetas chiffon.

Cette syphilis a présenté, dès le début, un caractère grave; il semble bien que les nodosités multiples qui ont suivi l'apparition du chancre aient été des gommés.

Le contagé paraît avoir une certaine prédilection pour le tissu osseux, car il a intéressé simultanément le frontal et les os du nez.

Nous aurons à observer ultérieurement les conséquences de la perforation osseuse.

La maladie a suivi son cours malgré un traitement mercuriel intensif: 130 injections de biiodure suivies d'injections d'huile grise, sans préjudice de l'ingestion de pilules dans leurs intervalles, n'ont pas empêché le développement des graves lésions que nous venons d'énumérer.

Il y aura lieu de rechercher si ce caractère grave tient soit à une prédisposition, soit à une hygiène fautive, soit à une suractivité du virus originaire de Nouméa; nos médecins résidents de cette colonie pourront nous renseigner à ce sujet.

M. JEANSELME. — La question de la virulence exotique a été résolue surtout théoriquement; ordinairement il y a peu de différence entre la syphilis européenne et la syphilis exotique. J'ai cependant vu un cas de syphilis contracté au Maroc ayant commencé par un chancre phagédénique suivi d'une exostose éburnée persistante et mort enfin des accidents de syphilis cérébrale qui l'emportèrent. Dans ces cas j'ai vu le mercure ne plus agir et l'iodure à la dose de 4, 6, 8 grammes, faire disparaître les accidents.

M. LEREDDE. — Lorsqu'on donne du mercure à un syphilitique anémié, le sang revient d'abord à la constitution normale, puis l'anémie se produit de nouveau. Il faudrait donc interrompre et faire des traitements courts, intenses et répétés.

M. DANLOS. — Le malade de M. Hallopeau a eu dans les derniers mois une centaine de piqûres, il a pris des pilules, et ses accidents ont évolué, donc le mercure n'a pas agi chez lui à titre préventif. Quant aux syphilides exotiques, elles sont souvent compliquées par le paludisme qui constitue alors un facteur de gravité.

M. E. FOURNIER. — Le malade n'a guère eu que cinq mois de traitement en 28 mois; il y a donc eu plutôt traitement minime.

M. HALLOPEAU. — Le traitement a été intense à la fin, les accidents ont évolué à la fin du traitement.

M. LEREDDE. — Il est évident que la dose doit être considérée et que le mercure agit le plus souvent de façon suffisante quand le traitement est bien conduit.

M. DANLOS. — Bien que très rationnel, l'effet préventif du mercure est souvent contestable. Il est assez commun de voir soit peu après un traitement régulier, soit même au cours du traitement, reparaitre des syphilides secondaires (plaques, etc.).

J'ai rapporté, il y a quelques années, à la Société des hôpitaux, le cas de deux malades traités énergiquement à titre *préventif*, chez lesquels au cours même du traitement se produisirent des accidents graves. L'un, après 60 piqûres de calomel faites à Saint-Louis, se mit à perdre les os du nez, et vingt nouvelles injections ne purent enrayer le processus. L'autre, âgé de moins de 30 ans, après avoir reçu, en l'espace de 2 ans, 100 injections d'huile grise, fut pris au vingt-sixième mois de la maladie, d'une hémiplegie organique. Le malade de M. Hallopeau semble, lui aussi, avoir été traité activement dans les derniers mois qui ont précédé sa nécrose.

M. MILLAN. — Les faits relatés par M. Danlos sont évidemment des cas d'exception ou plutôt peut-être des cas où le traitement n'a pas été conduit avec assez de ténacité et d'intensité. L'action préventive du mercure est difficilement niable. On voit souvent des syphilides récidiver pendant des mois ou des années tant qu'elles sont soumises à un traitement insuffisant ou interrompu dès que la cicatrisation est obtenue. Ces syphilides rebelles et récidivantes cessent définitivement le jour où on prescrit le traitement par injections à doses suffisantes et suffisamment prolongées.

M. E. FOURNIER. — Je voudrais défendre l'action préventive du mercure en produisant un argument qui me paraît véritablement irréfutable.

Dans certains ménages où le mari seul est syphilitique, on voit fréquemment la femme faire une série de fausses couches, et cela *jusqu'au jour où le mari est soumis à un traitement mercuriel*. A partir de ce moment les grossesses arrivent à terme et donnent presque toujours naissance à des enfants sains et bien portants. Dans les notes de mon père j'ai trouvé un très grand nombre d'observations de cet ordre et je crois qu'il y a là la démonstration péremptoire de cette influence préventive du mercure.

M. LENGLET. — Il semble que la discussion puisse se résumer ainsi : il y a deux ordres de faits bien distincts, d'un côté les cas de syphilis les plus communs qui sont influencés au maximum par le mercure et pour lesquels personne ne discutera ici l'action préventive et curative du mercure; d'un autre côté des faits rares, mais que chacun des membres de cette Société a rencontrés, dans lesquels l'action du mercure échoue aussi bien à titre préventif que curatif et qui peuvent être guéris par l'iodure ou lui résister comme ils résistent au mercure. Ces faits sont rares, mais il importe de les connaître et ils n'infirmen en rien la valeur de la thérapeutique mercurielle préventive en général.

M. GASTOU. — Quels sont, d'après M. Jeanselme, les facteurs de gravité de la syphilis exotique?

M. E. JEANSELME. — D'une manière générale, la syphilis de provenance indigène, chez le blanc, n'est pas plus grave que la syphilis d'origine européenne. La vérole, dans les races de couleurs, se cantonne à la peau et au squelette. Elle mutile les extrémités et parfois la face, mais elle respecte les viscères et le système nerveux. Le tabes et la paralysie générale sont d'une extrême rareté dans les races jaunes et noires. Bien que mon attention ait été attirée sur ce point, il ne m'a pas été donné de relever un seul cas d'accidents parasypilitiques sur les indigènes en Extrême-Orient. Ces complications lointaines de la vérole ne sont pourtant pas propres à la race blanche; on peut les observer chez les Japonais, et même chez les Arabes, quand ils vivent à l'européenne et surmènent leur système nerveux.

M. HALLOPEAU. — Chez ce malade l'iodure n'a pas plus agi que le mercure. Je ne crois pas à la spécialisation de la race, les tabétiques sont rares partout : dans l'immense clientèle de syphilitiques de Saint-Louis, il n'y a qu'un petit nombre de tabétiques.

M. JEANSELME. — Il ne faut pas faire, de ce fait, une question d'impression individuelle, mais juger d'après les statistiques et d'après l'opinion des médecins qui dirigent les services hospitaliers des pays exotiques. Ils répondent que le tabes, la paralysie générale se développent à mesure que la civilisation pénètre dans ces pays et que la totalité ou la presque totalité de leurs syphilis nerveuses frappent les Européens.

M. LENGLET. — L'absence presque totale de tabétiques et de paralytiques généraux à la consultation de Saint-Louis est due exclusivement au recrutement des malades, les maladies cutanées viennent à Saint-Louis, les nerveuses vont dans les hôpitaux spéciaux. On est au contraire frappé du nombre d'anciens syphilitiques que l'on rencontre dans la clientèle de ces hôpitaux.

Sarcomatose primitive multiple de la peau.

Rectification de diagnostic.

Par MM. BALZER, MERLE, et RUBENS DUVAL.

Ce malade a déjà été présenté à la Société le 5 juillet 1906 (1), pour des lésions cutanées chroniques, disséminées, caractérisées par des nodules rougeâtres, siégeant surtout à la jambe et au pied gauche. Ces lésions parurent de nature tuberculeuse, elles s'accompagnaient de lymphorrhagie abondante à chaque cautérisation ignée que l'on pratiquait alors sur les nodules.

Le malade, à ce moment, n'était pas hospitalisé et ce n'est qu'en novembre dernier, qu'une biopsie faite par M. Rubens Duval au

(1) *Lupus avec lymphangiectasies et lymphorrhagies.* par MM. Balzer et Poisot. Soc. franc. de Derm., 5 juillet 1906.

niveau d'un des nodules de la face dorsale du pied, montra qu'il s'agissait en réalité de sarcomatose cutanée.

Nous résumerons les faits cliniques déjà publiés dans le numéro de juillet 1906 des *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, en indiquant les modifications survenues depuis cette époque et l'état actuel des lésions.

Il s'agit d'un homme de 64 ans, originaire de Zurich, imprimeur, qui ne présente aucun antécédent morbide notable à signaler. L'état général est satisfaisant et l'on ne trouve aucun symptôme pouvant faire penser à une tumeur primitive dont les lésions cutanées dépendraient.

Le sommet droit présente cependant toujours actuellement une respiration un peu soufflante, le malade s'enrhumme facilement l'hiver : ce fait avait contribué à faire accepter le diagnostic de lupus pour les lésions cutanées.

Le début réel de l'affection remonte à décembre 1905 par une rougeur diffuse et œdémateuse du pied et de la jambe gauches, puis par l'apparition de nodules à la racine des orteils, qui se réunirent et donnèrent lieu à une exulcération superficielle qui laissait suinter une grande quantité de liquide séreux. Cette ulcération était encore marquée lors de la première présentation. Sa présence contribua pour beaucoup au diagnostic de lupus, surtout si l'on se rappelle qu'elle fut précédée, depuis trois ans au moins, d'une petite plaque rouge aplatie qui demeura à peu près stationnaire jusqu'à l'apparition des nodules. Cette exulcération a été traitée pendant les deux séjours successifs que le malade fit à l'hôpital Saint-Louis, principalement par des pansements à l'alun, et la guérison en est actuellement complète : la place qu'elle occupait est néanmoins le siège de nodules sarcomateux.

En même temps que ces lésions à la racine des orteils, apparurent de grands placards érythémateux non prurigineux sur la face dorsale du pied et le tiers inférieur de la jambe sur lesquels se développèrent les nodules sarcomateux qui constituent les éléments principaux de l'affection. C'est sur l'un de ces éléments qu'a été pratiquée la biopsie et c'est à leur niveau que se sont produites les principales modifications pendant l'évolution de la maladie.

Au moment de la première présentation ils étaient en très grand nombre à la face dorsale du pied, confluent dans la région du cou-de-pied et à la racine des orteils ; ils ont, par la suite, beaucoup diminué de nombre et de volume : on n'en rencontre plus que quelques-uns à la base des orteils, les plus volumineux cependant persistent sur la face dorsale du cou-de-pied, sans grandes modifications. Pendant le cours de la maladie on a pu observer des poussées nodulaires déjà notées lors de la première présentation à la face plantaire, sur son bord interne. Certains nodules spécialement remarqués et suivis par le malade, ont complètement disparu. On ne retrouve plus actuellement les ampoules rougeâtres, molles, signalées au début et qui étaient susceptibles de se réduire sous la pression du doigt. Toutes les tumeurs sont actuellement résistantes au toucher, présentant une surface lisse, un aspect presque brillant et une coloration d'un rouge assez vif, qui paraît ainsi remplacer la couleur plus violacée du début. Ces effets dépendent pour beaucoup du repos au lit ; les nodules en même temps, présentent moins de lymphorrhagie après les galvano-cautérisations capables, comme dans les

premiers temps, d'imbiber complètement un pansement et de mouiller le lit du malade. Tout au plus, lors des dernières cautérisations, existait-il une légère exsudation séreuse et sanguinolente. Rappelons que ce liquide si abondant, qui s'écoulait des nodules cautérisés, se coagulait spontanément, était pauvre en éléments figurés et qu'on n'y trouva pas de bacilles de Koch.

La cautérisation des nodules sarcomateux a réussi à en détruire un certain nombre : notamment au niveau de la jambe où ils sont remplacés par de petites taches brunâtres, mais d'autres ont repoussé malgré la cautérisation, comme on peut s'en assurer en appréciant le relief par une palpation légère.

L'ensemble du pied et de la jambe est également beaucoup moins rouge et œdématié qu'au début, sans doute un peu grâce au repos prolongé ; les téguments présentent cependant une teinte rose assez marquée et les tissus une consistance un peu anormale.

Ces modifications et cette amélioration ont paru surtout manifestes après le traitement arsenical institué peu après l'examen histologique. On donna d'abord pendant trois semaines un centigramme, puis un centigramme et demi d'arséniate de soude, en solution, par voie digestive, puis on associa une injection quotidienne de un centigramme d'arséniate de soude : ce traitement est pratiqué depuis les premiers jours de décembre.

L'adénopathie très marquée, signalée dans le triangle de Scarpa lors de la première observation, est maintenant très peu sensible.

A côté de ces lésions du pied et de la jambe gauches qui constituent l'élément principal de l'affection et qui sont les seules manifestations qui aient inquiété le malade, on trouve par l'examen systématique, des éléments qui semblent être de même nature que les précédents. Il est cependant difficile de se prononcer exactement sur leur évolution : la plupart, vu leur peu d'importance, leur indolence et l'absence de tout phénomène subjectif à leur niveau, ont passé inaperçus au malade.

A la jambe et au pied droits : dans la région sus-malléolaire, plusieurs macules brunâtres, pigmentées, confluentes, sont restées semblables depuis longtemps, leur apparition remontant à trois ou quatre ans ; elles sont actuellement dans le même état qu'au moment du premier examen.

A la main gauche, il existait au niveau du carpe, dans les premier et deuxième espaces interosseux, des placards rouge violacé et saillants. Ils ont actuellement presque complètement disparu, leur coloration est toujours un peu livide, mais ils ne font plus aucun relief sur la peau. On trouve encore à la face postérieure du bras gauche trois ou quatre petits nodules présentant une coloration jaunâtre avec légère infiltration, d'autres éléments signalés à l'avant-bras gauche semblent avoir disparu actuellement. Ces éléments du membre supérieur gauche ont toujours été très peu marqués et ils ont nettement rétrocedé depuis quelques mois. On trouve cependant toujours, dans l'aisselle gauche, quelques petits ganglions appliqués sur la partie thoracique.

Au membre supérieur droit, au-dessus de la tabatière, des nodules signalés il ne reste que de petites macules érythémateuses, mais les éléments de l'avant-bras, face antérieure, larges comme une pièce de

2 francs, avec des portions saillantes et jaunâtres, et, du bras, face postérieure, également jaunâtres et infiltrés, sont restés stationnaires.

Les lésions des membres supérieurs sont toujours demeurées complètement indolentes, mais celles du pied et de la jambe gauches, par suite de l'infiltration des téguments, provoquent parfois une tension et une sensation de gêne qui rendent la marche très pénible.

Il est apparu, il y a un mois environ, une douleur assez vive et continue, localisée au bord externe du pied, qui empêchait le malade de s'appuyer, même légèrement, sur son membre malade. Cette douleur est actuellement disparue.

Cliniquement, l'affection dont souffre notre malade se rapproche assez exactement des *sarcomes cutanés multiples idiopathiques*; variété décrite pour la première fois par Kaposi, en 1870, et constituant un des trois types de sarcomes généralisés primitifs de la peau, que distingue Perrin dans son article de la *Pratique dermatologique*. On désigne ordinairement cette variété sous le nom de sarcomatose primitive multiple de la peau. Nous retrouvons chez notre malade un grand nombre des caractères indiqués par ces auteurs. Début par les extrémités et par des placards rouges sur lesquels se développent les nodules; nodosité intradermique, volume, coloration violacée ou rougeâtre, consistance et évolution habituels de ces nodules; œdème dur et gonflement particulier des téguments au niveau des régions atteintes. La tête, jusqu'à présent, a été respectée, ainsi que le tronc.

La sarcomatose primitive du type Kaposi est le plus souvent systématisée et symétrique; chez notre malade, les éléments que nous avons signalés au cou-de-pied droit peuvent être considérés comme faisant pendant à ceux du pied gauche, mais à cet endroit la néoplasie ne s'est pas développée et n'a pas abouti à la formation de tumeurs aussi caractérisées que celles du pied gauche.

La sarcomatose a pris des aspects assez variés suivant les points et qui pourraient facilement induire en erreur. Au pied et sur la jambe gauches on voit des *nodosités* intradermiques plus ou moins enchâssées dans l'épiderme, ou plus ou moins saillantes, d'un aspect vraiment caractéristique par leur forme arrondie, leur couleur rouge ou violacée et leur consistance. L'œdème dur du pied gauche qui nous avait primitivement induit en erreur, n'existe presque plus depuis que le malade garde le repos au lit; quant aux ectasies lymphatiques, elles sont sans doute, aussi, beaucoup moins appréciables, pour la même raison, et les nodosités saillantes ne sont pas réductibles comme elles l'étaient jadis. Sur le pied et sur la jambe droits, sur les mains et les avant-bras, on ne voit pas de nodosités, mais des *placards lisses*, presque sans épaisseur ni infiltration apparentes, de couleur violacée ou cyanotique sur les mains, pigmentés

légèrement sur les pieds et les jambes. Aux bras, l'infiltration est parfois extrêmement superficielle, diffuse, presque sans changement de coloration à la peau.

Le nombre des diverses nodosités ou infiltrations est considérable, surtout aux membres inférieurs, beaucoup moindre aux supérieurs; le tronc et la tête, jusqu'à présent, sont respectés.

Depuis que le malade ne marche plus, les lymphorrhagies ont cessé, l'œdème a beaucoup diminué. Quant à l'eczématisation de la région du cou-de-pied, elle a presque complètement cessé sous l'influence des compresses imbibées avec la solution d'alun à 1 p. 100. Nous devons rappeler ici que les lymphangiectasies, assez rares dans la sarcomatose cutanée, ont été récemment signalées dans un cas observé par M. Pelagatti (1). Un des malades signalés par cet auteur présentait aussi de l'eczématisation des régions atteintes par la sarcomatose.

L'état général de notre malade reste bon jusqu'à présent, et nous espérons pouvoir continuer pendant longtemps le traitement arsenical, malgré l'apparition de quelques troubles digestifs. Ce traitement, d'ailleurs, sera associé à d'autres méthodes telles que la radiothérapie, la photothérapie et les pansements externes. Malgré ses résultats encore incomplets, nous avons cru devoir apporter ici cette observation, surtout pour *rectifier le diagnostic* émis à la séance de juillet 1906.

EXAMEN PRATIQUE PAR M. RUBENS DUVAL AU LABORATOIRE MUNICIPAL DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS.

Le 2 novembre, il a été pratiqué deux biopsies. L'une comprenait un élément d'apparition récente, isolé, affectant l'aspect d'une papule dermique à peine en relief à la partie inféro-externe de la jambe, l'autre intéressait une saillie hémisphérique haute de 5 à 6 millimètres, lésion déjà ancienne de la face dorsale du pied.

Toutes deux ont été fixées et colorées suivant les techniques de Dominici.

Contrairement à ce qu'on aurait pu penser, les mêmes lésions ont été notées au niveau des deux biopsies, qu'il n'y a donc pas lieu de décrire séparément. Toutes deux se montrent constituées par un tégument sclérosé dans le derme duquel se sont développées des néoformations nodulaires.

Les nodules, arrondis, sont situés en plein derme. En certains points ils se rapprochent beaucoup de l'épiderme, mais ils n'arrivent nulle part à son contact immédiat.

Le derme, épaissi, ne saurait être distingué de l'hypoderme sclérosé. Le corps papillaire participe à la sclérose générale du tégument; il est en outre aplati entre le tissu de néoformation et la face inférieure de l'épiderme. Ses papilles sont, par suite, moins nombreuses et moins développées, au niveau

(1) PELAGATTI. *Sul sarcoma molleplice primitivo de Kaposi* (Giorn. ital. delle mal. vener. e della pelle, 1905, fasc. 5, p. 569).

des nodules, qu'en dehors d'eux. A cet aplatissement du corps papillaire et à cette réduction des papilles (faible au niveau de la biopsie du dos du pied ; très accusée au niveau de celle de la partie inféro-externe de la jambe) correspond une nivellation proportionnelle de la face inférieure de l'épiderme et une diminution corrélatrice des cônes interpapillaires.

Mais ce sont là des phénomènes accessoires ainsi que l'acanthose que présente l'épiderme et qu'il suffit de signaler. Toutefois, avant d'aborder l'étude du tissu néoformé, il y a lieu d'insister sur le nombre et le volume considérables des vaisseaux dilatés et à parois minces, qui serpentent, très superficiellement situés sous l'épiderme, entre celui-ci et les formations nodulaires. De ces vaisseaux, la plupart sont des capillaires sanguins contenant relativement peu de globules rouges, les autres sont de *larges lymphatiques* renfermant une lymphe pauvre en éléments cellulaires et riche en fibrine. Les lymphatiques de la peau sont donc *ectasiés*, mais on n'en rencontre qu'en dehors des nodules, à la surface ou dans les intervalles de ceux-ci.

Le tissu néoformé, situé dans le derme et l'hypoderme confondus en une gangue scléreuse, est, comme nous l'avons dit, agencé en nodules. Ceux-ci présentent un aspect *fasciculé*. Les faisceaux coupés en long forment des bandes plus ou moins larges qui s'unissent entre elles, formant un réseau irrégulier dont les mailles sont occupées par d'autres faisceaux coupés transversalement ou suivant des incidences variées. Les faisceaux sont centrés par un vaisseau sanguin et sont constitués par des cellules allongées suivant la direction de l'axe vasculaire.

Ces cellules présentent toutes le même type. En coupe longitudinale, elles apparaissent comme de longues cellules conjonctives fusiformes munies d'un noyau ovalaire allongé suivant l'axe de la cellule. Leur protoplasme, hypertrophié, nettement basophile, est clair et transparent, d'une manière générale, sauf dans la zone juxta-nucléaire où il est grenu et retient assez vivement les réactifs colorants.

Leur noyau, assez foncé, légèrement augmenté de volume, possède de nombreux et très fins granules chromatinien et un ou deux nucléoles (quelquefois quatre ou cinq) très nets, mais de dimensions modérées.

Les karyokinèses sont peu nombreuses. Elles se font suivant un type régulier et les cellules-filles se disposent, bout à bout, suivant la direction de la cellule-mère.

Les cellules fusiformes sont groupées en faisceaux mais séparées les unes des autres par de fines fibrilles conjonctives.

En coupe transversale, les cellules présentent une section de forme arrondie ou plus ou moins polygonale, par pression réciproque des cellules entre elles. Plus encore que leur longueur, l'épaisseur des cellules, ainsi mise en évidence, témoigne de l'hypertrophie de leur protoplasme. Le noyau, quand il est intéressé par la coupe, montre une section arrondie. Il est toujours situé au centre de l'élément et entouré d'une couche de protoplasme très finement grenu et plus coloré que le reste du protoplasme de la cellule. Chaque cellule est entourée d'une gaine conjonctive collagène extrêmement mince.

A l'hypertrophie marquée de leur protoplasme, légère de leur noyau et de leurs nucléoles, aux karyokinèses qu'elles présentent, à l'uniformité surtout de leur type, à l'exclusion de toute autre forme cellulaire, on recon-

naît que de telles cellules conjonctives ont subi une transformation néoplasique, c'est-à-dire qu'elles sont devenues sarcomateuses. Ces cellules sarcomateuses sont disposées en faisceaux. Nous pouvons donc dire, dès maintenant, qu'il s'agit d'un *sarcome fasciculé à cellules fusiformes*.

Les cellules sarcomateuses ne sont pas seulement assemblées en faisceaux ; elles sont encore orientées par rapport à un axe vasculaire. Celui-ci est un vaisseau sanguin, généralement volumineux. Son endothélium est tuméfié et tend à prendre aussi le type néoplasique. La paroi du vaisseau peut être réduite à l'endothélium hypertrophié. Le plus souvent il possède en outre une ou deux rangées de cellules conjonctives qui, elles aussi, subissent un début d'évolution sarcomateuse (1).

Toutes ces cellules sont séparées les unes des autres par un fin réticulum de fibrilles conjonctives. De fortes fibres conjonctives engainent le vaisseau, formant, sur les coupes transversales, un anneau de collagène toujours très net. C'est à cet anneau que se raccordent les fibres conjonctives qui enlacent les cellules constitutives de la paroi vasculaire ; c'est de cet anneau que partent les travées conjonctives plus ou moins épaisses qui divisent le faisceau sarcomateux en fascicules secondaires. De ces travées enfin, partent de fines fibrilles collagènes qui enveloppent les cellules fusiformes dont l'assemblage forme les fascicules.

À la périphérie le faisceau sarcomateux est séparé des autres faisceaux par une quantité variable de tissu conjonctif, abondante ici, et, là, minime. Ces formations conjonctives interfasciculaires correspondent à des restes du tissu fibreux dermique englobés dans la néoplasie sarcomateuse. Ce qui en est une preuve, c'est que l'on y rencontre çà et là des fibres élastiques se raccordant, à la périphérie aux fibres élastiques du derme. Dans tous les autres points de la zone sarcomateuse, les fibres élastiques font défaut.

Les formations conjonctives intrafasciculaires et périvasculaires font au contraire partie du plan de structure de ce sarcome.

Nous avons dit que les faisceaux sarcomateux étaient plus ou moins larges. Parmi les moins épais sont ceux que l'on trouve en quelques points de la périphérie du néoplasme, là où des vaisseaux sanguins sont entourés de deux ou trois assises seulement de cellules sarcomateuses et semblent être les zones d'extension ou de début du sarcome.

En résumé, la tumeur, que nous avons examinée, est un sarcome fasciculé développé autour d'axes vasculaires sanguins. Nous devons dire sarcome parce que cette tumeur est constituée par des cellules conjonctives déviées du type cellulaire normal dont elles dérivent et proliférant d'une manière autonome pour constituer un tissu néoplasique. Mais si tout sarcome doit être considéré comme une tumeur maligne, il est des degrés de gravité parmi les sarcomes. Or, celui-ci ne présente pas des caractères demalignité très accusés. En effet, ses cellules, bien que déviées du type normal des cellules conjonctives fusiformes, s'en écartent assez peu. Leur protoplasme n'est pas très hypertrophié, les noyaux surtout, dont la chromatine reste

(1) À l'encontre de l'opinion classique, nous admettons avec M. Dominici que les cellules sarcomateuses ne se substituent pas aux cellules des parois vasculaires, mais que ce sont les cellules conjonctives mêmes de ces parois qui évoluent suivant le type sarcomateux.

constituée par de fins granules, le sont peu ; les nucléoles enfin demeurent assez petits. Les karyokinèses sont peu nombreuses, partout du type régulier. L'individualisation des cellules n'est pas poussée fort loin ; elles restent groupées en faisceaux, s'ordonnent par rapport à des axes vasculaires, continuent enfin de s'entourer d'une gaine conjonctive. Tous ces signes atténuent la gravité du diagnostic de sarcome et l'on doit dire qu'il s'agit là d'une variété de sarcome relativement peu maligne.

L'interprétation que nous venons de donner de ce cas particulier de sarcome est conforme aux idées générales de notre maître Dominici sur l'histopathologie des tumeurs conjonctives.

Sporotrichoses, présentation de malade.

Par MM. DANLOS, DEROYE et GOUGEROT.

Ce malade, atteint de sporotrichose hypodermique et dermique due au *Sporotrichum Beurmanni*, est le troisième malade (1) qui a servi à l'étude des sporotrichoses hypodermiques, publiée par l'un de nous, en collaboration avec M. De Beurmann. C'est un exemple typique de la forme gommeuse à foyers multiples, isolée par MM. De Beurmann et Ramond, en 1903.

OBSERVATION. — A son entrée dans le service, 17 octobre 1906, le malade est resté pâle et amaigri, l'air fatigué ; des anciens foyers, plusieurs ont régressé, la plupart, qui semblaient guéris à son départ de la salle Cazenave se sont ranimés, ont augmenté et de nouvelles lésions sont apparues qui, récentes, sont encore au stade de gomme. La cause de cette rechute et de ces récides est peut-être la négligence du malade qui ne prit pas soin de continuer le traitement ioduré ; pareille mésaventure était arrivée au malade de MM. De Beurmann et Ramond (1903), et pour les mêmes raisons.

Au 1^{er} janvier 1907 on compte dix abcès ou gommages ayant une évolution chronique indolore vers la suppuration froide, sans retentissement sur l'état général :

Au membre supérieur gauche, on constate encore les deux abcès anciens, l'un à la face externe du bras (C), au-dessous de l'insertion deltoïdienne qui se présente sous forme de fente croûteuse à bords amincis et décollés dans l'étendue de 7 à 8 millimètres environ ; l'autre, à la face antéro-externe de l'avant-bras, grandissant peu à peu, est devenu un grand abcès allongé, d'environ 10 centimètres (D).

A l'avant-bras droit, deux nouvelles gommages ont apparu à la partie postérieure et supérieure de chaque côté de la crête cubitale. Elles sont petites, de 10 à 20 millimètres, en voie de suppuration.

A la plante du pied droit, près du bord interne, et à la partie

(1) DE BEURMANN et GOUGEROT. Les sporotrichoses hypodermiques. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, octobre 1906, p. 837, observation III, p. 847.

moyenne se voit l'abcès sous-cutané qui avait été incisé; une petite croûte cache l'incision presque refermée. La pression de la poche fait sourdre difficilement une gouttelette de pus visqueux, blanchâtre, un stylet rentre à plus d'un centimètre de profondeur. A 18 à 20 centimètres au-dessus du talon droit sur le côté externe, s'est développée une petite gomme encore indurée d'environ 15 millimètres, plus haut, au milieu de la face postérieure de la jambe dans la gouttière des jumeaux le long du paquet vasculo-nerveux, on sent une nodosité allongée, dure, de 25 à 30 millimètres. Sur la cuisse droite, on constate quatre nodosités dures (E); une plus grande, à la face antérieure, les trois autres sur le trajet des vaisseaux fémoraux. Leur échelonnement fait penser à une ébauche de lymphangite gommeuse ascendante, car entre elles on sentait à l'entrée une sorte de cordon. Les nodosités de la cuisse, comme celles de la jambe, sont totalement indépendantes de la peau qui joue librement sur elles. Elles sont ou paraissent adhérentes à l'aponévrose d'enveloppe.

Aux deux jambes sont localisées des lésions *dermiques* nodulaires sporotrichosiques rouge violacé, à centre croûteux; on voit, en outre, disséminées, des cicatrices d'anciens abcès incisés ou ulcérés, savoir:

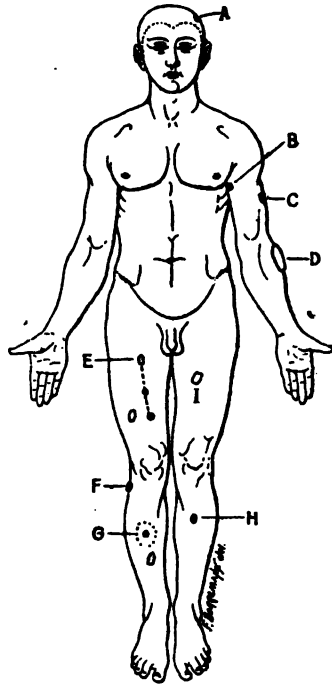
1° Une à la face antérieure de la cuisse gauche, polycyclique et pigmentée, syphiloïde d'aspect (I);

2° d'autres, plus petites, à la jambe droite, dont une remarquable par sa pigmentation et surtout par une auréole de points satellites pigmentés et cicatriciels (G. F);

3° A la tempe gauche, une cicatrice syphiloïde (A) grande comme une pièce de vingt sous, à fond rouge encore et légèrement squameux sans adhérence au squelette. Mentionnons encore un nodule intradermique lenticulaire (B), indolent, ignoré du malade, et sans changement de couleur de la peau. Il siège à la face interne du bras gauche, au-dessous de l'aisselle et ne se rattache peut-être pas à la sporotrichose.

Dans ces lésions hypodermiques et dermiques, le même germe a été retrouvé : *Sporotrichum Beurmanni* γ. Un abcès fut ponctionné, le pus était clair, presque citrin, à peine trouble; centrifugé, il s'est montré formé de polynucléaires et de macrophages; les figures parasitaires restent toujours douteuses; cependant, la connaissance des formes globuleuses du parasite dans les lésions du rat et dans la phagocytose intrapéritonéale du cobaye, nous fait croire que certaines inclusions ovalaires, cerclées d'une sorte de membrane incolore et fine, à l'intérieur des macrophages et de polynucléaires, sont des sporotricha. Cultivé sur quatre tubes, le pus a donné trois cultures pures et une mêlée de quelques colonies de staphylocoque doré. Les colonies petites ont noirci vers le dixième jour et se sont finement circonvoquées, devenant identiques aux cultures du mois d'août 1906.

Depuis la rentrée à l'hôpital, aucun traitement général sérieux n'a été fait; et en particulier, il n'a pas été donné d'iodure, dont le malade prétendait à tort (*voir le mémoire cité*) n'avoir éprouvé aucun bon effet. En raison de la débilitation générale, on a donné seulement du sirop d'iodure de fer. Malgré cette absence de traitement, une régression manifeste des éléments constatés à l'entrée s'est produite; en particulier les nodules de la cuisse droite ont diminué et le cordon qui les reliait a cessé d'être perceptible. L'abcès du bras



gauche, aussi volumineux à l'entrée qu'aujourd'hui, s'était lui-même résorbé au point d'être à peine perceptible. C'est peut-être à la suite d'une ponction pratiquée avant sa disparition totale pour une culture de vérification qu'il a repris son volume primitif. Ces deux particularités, régression spontanée générale, retour offensif de l'abcès ponctionné, sont les seules dignes d'être notées dans l'évolution locale de la maladie depuis le 13 octobre. L'état général est resté mauvais et même a sensiblement baissé, sans malaise portant plus spécialement sur un organe. Pas de fièvre, pas d'albuminurie, rien au cœur. Pas d'indice de tuberculose, simplement quelques râles de bronchite chronique aux bases.

Sporotrichoses, présentation de cultures, pièces humaines et expérimentales.

Par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.

(TRAVAIL DU LABORATOIRE DU D^r SABOURAUD.)

Dans un travail récent (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, octobre, novembre et décembre 1906), nous avons fait l'étude des sporotrichoses hypodermiques rappelant un cas ancien (De Beurmann et Ramond, 1903), et ajoutant deux cas nouveaux, tous trois dus au *Sporotrichum Beurmanni*. Ce sont les pièces de cette étude que nous désirons présenter aujourd'hui à la Société : cultures sur différents milieux artificiels et naturels ; frottis ; gouttes pendantes et « lames sèches » ; lésions humaines et lésions expérimentales. Un hasard heureux a fait rentrer notre troisième malade (1) dans le service de M. Danlos, qui, il y a un instant, vous l'a présenté (2) ; à propos de ce cas clinique si caractéristique, nous apportons, pour le compléter, les documents bactériologiques, histologiques et expérimentaux.

Les sporotrichoses, mycoses dues à des sporotricha, commencent à prendre place parmi les mycoses hypodermiques. Longtemps prises pour des gommes syphilitiques, elles sont peut-être moins rares qu'on ne le croit et les trois cas connus de sporotrichose gommeuse hypodermique à foyers multiples (type isolé par l'un de nous avec Ramond, en 1903), ont été observés dans notre service, sans doute parce que notre attention étant attirée sur ces faits, nous ne négligions pas la culture, seul moyen certain d'affirmer la mycose, que la clinique avait soupçonnée. Le diagnostic clinique nous semble maintenant possible et nous en voulons pour preuve notre troisième cas, où le diagnostic de sporotrichose fut porté à la consultation de l'hôpital Saint-Louis et opposé au diagnostic de syphilis ; la culture, quelques jours après, le confirmait. Ce diagnostic s'appuie sur les caractères suivants : éruption monomorphe de gommes sous-cutanées disséminées, évolution en trois stades (nodosité induite, ramollissement, abcès) accroissement rapide et suppuration précoce en 6 à 8 semaines, gommes plus nombreuses et plus grosses que les gommes syphilitiques, immobilisation de l'abcès sans tendance spontanée à l'ulcération, sans envahissement de l'épiderme (ulcération artificielle et post-opératoire), évolution chronique indolore sans retentissement sur l'état général, régression par le traitement ioduré. La confusion a dû être faite jusqu'ici avec les gommes syphi-

(1) Troisième observation : in *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, oct. 1906, p. 847.

(2) Nous ne saurions trop remercier M. Danlos d'avoir bien voulu présenter ce malade, et de nous avoir permis d'en continuer l'étude.

litiques, elle est d'ailleurs, en pratique, sans importance, car l'iodure prescrit au syphilitique est un traitement quasi-spécifique de cette mycose. La culture sera faite avec le pus pris par ponction à la seringue de Pravaz, sur gélose glycosée de Sabouraud et sur carotte glycinée, milieux de choix. Sur les tubes laissés à la température du laboratoire apparaîtront du 6^e au 10^e jour, de petites colonies blanches qui, peu à peu, se circonvoient finement et brunissent en vieillissant. Les cultures, dont voici de nombreux échantillons, sont caractéristiques, avec leurs fines circonvolutions. Un frottis coloré au bleu montre des filaments ramifiés irrégulièrement et de nombreuses spores ovoïdes attachées séparément par un court pédicule sur les filaments, disséminées ou agglomérées en bouquets. L'étude des gouttes pendantes, ou avec notre technique des « lames sèches » (*Annales*, p. 856), préciserait en cas de doute la disposition des spores sur les filaments et permettrait l'identification. La culture est le seul moyen pratique de diagnostic ; les formes parasitaires rencontrées dans le pus (examen direct), sont trop douteuses pour servir au diagnostic. Les lésions histologiques très spéciales sont proches des réactions syphilitiques et tuberculeuses : ces coupes en témoignent.

Le diagnostic posé impose le traitement ioduré, qui, en quelques jours, fait régresser et disparaître abcès et nodosités. Mais ce traitement *doit être continué* après la disparition clinique des lésions, sinon la récurrence est de règle, témoin le premier malade de Ramond, et le dernier qui, cessant le traitement, doit entrer dans le service de M. Danlos, pour de nouveaux abcès. Au contraire, notre malade Z..., qui voulut bien se soumettre à ce traitement prolongé, est resté indemne de récurrence et le malade de MM. De Beurmann et Ramond, devenant plus docile, finit par guérir.

Le rôle pathogène et la spécificité du *Sporotrichum Beurmanni* ont été surabondamment prouvés par les cultures successives de toute une série de lésions sur trois malades différents, à plusieurs semaines et mois d'intervalle. C'est encore le même parasite que l'un de nous a retrouvé en décembre 1906 dans les lésions hypodermiques ou dermiques de notre troisième malade, que M. Danlos vient de vous présenter. La reproduction expérimentale est enfin la preuve incontestable : nous rappelons que sur deux cobayes nous avons obtenu des métastases hypodermiques et que sur la patte du rat nous avons obtenu des formes parasitaires incontestables : les préparations que nous présentons ne laissent aucun doute, nous insistons sur ce point, car jusqu'ici dans le pus humain, dans les lésions humaines et du cobaye, les formes parasitaires étaient douteuses, difficiles à distinguer des débris nucléaires pyknotiques et des globules rouges phagocytés. Cependant la connaissance des formes dégénérées du

parasite dans le pus du rat et dans la phagocytose intrapéritoniale du cobaye (dont voici quelques échantillons), reliées aux formes incontestables du parasite par toute une série de transitions, nous fait maintenant admettre comme sporotricha certaines inclusions à l'intérieur des macrophages, des cellules géantes et de quelques polynuécléaires.

Voici des échantillons de nos diverses races α (1903), β , γ (1906), de *Sporotrichum Beurmanni* (1), sur milieux différents. L'identité, vous le voyez, est complète entre β et γ , les différences entre α et β sont minimales, α étant moins riche en pigment. La structure microscopique est identique. Comme termes de comparaison nous vous présentons les préparations du *Sporotrichum Dori* (1906) (la culture étant malheureusement perdue); les cultures et préparations du *Sporotrichum Schenkii* que le professeur Hektœn (de Chicago) a bien voulu nous envoyer et qui donne des lymphangites gommeuses sporotrichosiques. L'aspect des cultures est un peu différent et, par exemple, sur ces deux tubes à colonies de même âge, sur même milieu, le *Sporotrichum Schenkii* donne des gouttelettes blanches, épaisses, opaques, presque lisses; le *Sporotrichum Beurmanni*, de petits cônes finement plissés, rayonnés, à centre brun noirâtre. Microscopiquement, les deux parasites paraissent avoir été identiques, mais actuellement, le *Sporotrichum Schenkii* de Hektœn a perdu la faculté de donner des spores: c'est un mycélium sans conidies externes. Nous croyons que le *Sporotrichum Dori* se sépare nettement du *Sporotrichum Beurmanni*, mais nous ne savons encore quelles sont les relations des *Sporotrichum Schenkii* et *S. Beurmanni*. Nous avons tenu à vous montrer la série de tous les sporotricha pathogènes connus à titre comparatif.

En même temps que les formes habituelles des cultures sur les milieux de choix, sur milieux pauvres et sur milieux naturels (ce qui prouve le saprophytisme) (2), nous présentons toute une série de pléomorphismes obtenus par passage sur des milieux différents et entretenus ensuite sur un même milieu. Il est à remarquer que ces formes pléomorphisées si différentes d'aspect microscopique (mais identiques microscopiquement), sont des productions artificielles et que la culture primordiale issue de la lésion humaine a toujours un même type sur le même milieu de choix. Ces pléomorphismes ne nous ont donc jamais embarrassés dans le diagnostic, mais leur connaissance est d'importance capitale, car il se peut que dans la na-

(1) Chacune d'elles a été retirée d'un malade différent. Nous avons eue la race α de MM. De Beurmann et Ramond (1903), perdue; nous avons pu la retrouver, grâce à l'obligeance de M. Binot, égarée au milieu de levures.

(2) *Annales*, décembre 1906.

ture, le *Sporotrichum Beurmanni* existe sous une de ces formes et qu'on le retrouve dans d'autres lésions humaines sous une forme pléomorphisée; ces types permettront l'identification au *Sporotrichum Beurmanni*, d'échantillons à culture d'aspect différent et qu'on aurait pu croire des parasites différents.

Plusieurs points sont encore à compléter dans l'étude des sporotrichoses hypodermiques; nous résumons aujourd'hui toute une série d'essais négatifs sur les toxines sporotrichosiques.

Nous avons été arrêtés dans cette recherche par l'absence d'animal toujours récepteur. Cependant, les résultats paradoxaux trouvés par Bodin et Gautier dans leur remarquable mémoire sur la toxine de *Aspergillus fumigatus* (1): ce fait qu'un animal très sensible (pigeon) au champignon pathogène, offre une résistance remarquable à ses toxines, et qu'inversement « deux espèces animales considérées comme réfractaires aux spores de *Aspergillus fumigatus*, le chat et le chien, sont sensibles à la toxine produite par le champignon », nous ont fait tenter plusieurs expériences.

Toutes ont été négatives, même après broiement de cultures jeunes ou vieilles dans l'espoir d'obtenir des toxines adhérentes (2): bouillons glucosés peptonés neutres, filtrés et non filtrés; poudre desséchée pure ou solubilisée par digestion artificielle; résidus de macération alcoolique, choroformique, étherée, xylolée. De même un essai (unique il est vrai) de culture *in vivo* en sac de collodion chez le cobaye a été négatif en effet. Le *saccharomyces granulatus* trouvé par Vuillemin et Legrain dans des hématomes du maxillaire est peu pathogène pour le lapin en injections péritonéales, alors que des sacs de collodion pleins de culture introduits dans le péritoine, cachectisent le lapin en 8 à 10 jours, ce qui semble prouver qu'il y a sécrétion de toxine (3).

Cependant, des travaux de moins en moins rares établissent la réalité de la sécrétion des poisons par les champignons, par ceux mêmes qui ont coutume de rester localisés à la peau sans retentir sur l'état général: Muguet ou *Oidium albicans* (Charrin et Ostrowsky, Roger, Concetti); *Oospora bovis* (Auclair: éthéro-actinomycétine); spores *d'aspergillus fumigatus flavescens* (Céni et Besta). Plato, Truffi ont même constaté, « après injections de liquide de culture de certains trichophytons, à des individus atteints de trichophyties profondes, des réactions analogues à celles que l'on observe après inoculation de tuberculine aux tuberculeux ou de malléine aux animaux morveux (4) ». Il nous faut ajouter, il est vrai, que Buschke (5), dans la blastomycose, a échoué,

(1) BODIN et GAUTIER. Note sur une toxine de *Aspergillus fumigatus*. *Annales de l'Institut Pasteur*, mars 1906, n° 3, p. 209.

(2) Les toxines de *Aspergillus* sont très diffusibles et il ne semble pas y exister de toxines adhérentes, p. 220.

(3) VUILLEMIN et LEGRAIN. Sur un cas de *saccharomycose humaine*. *Archives de Parasitologie*, III, 1900, n° 2, p. 237.

(4) Nous n'avons pas cru devoir faire cet essai sur le malade. A cette épreuve qui, à la rigueur, pourrait servir au diagnostic, on doit préférer la culture du pus ponctionné, procédé sûr et inoffensif.

(5) *Loc. cit.*, p. 59 et 65.

comme nous dans la sporotrichose, et cependant, il possédait des animaux constamment récepteurs. Il a même injecté du sérum d'animal infecté (dépourvu de levures), à des animaux neufs, sans rien obtenir qu'une élévation de température minime et transitoire.

Il faudrait donc reprendre cette étude des toxines sporotrichosiques, avec des races] plus virulentes, comme par exemple le *Sporotrichum Schenkii*. Car, nul doute que le sporotrichum ne sécrète, au moins autour de lui, des ferments dont relèvent les lésions locales qu'il produit. Leur découverte serait un argument nouveau pour rapprocher la sporotrichose de la tuberculose, une nouvelle brèche dans la théorie de l'opposition des infections bactériennes et des mycoses.

SPOROTRICHOSES DERMIQUES.

Le *Sporotrichum Beurmanni* est capable, non seulement de lésions hypodermiques, mais encore de lésions dermiques, et, sur un même malade, il peut réaliser les trois types connus des sporotrichoses sous-cutanées. En effet, aux sporotrichoses *hypodermiques*, nous avons décrit trois formes (1) : sporotrichose gommeuse à foyers multiples disséminés ; sporotrichose à grands abcès sous-cutanés multiples ; sporotrichose lymphangitique gommeuse systématisée. Nous avons insisté sur l'unité du groupe des sporotrichoses, montrant que la lésion élémentaire (la gomme) était la même : disséminée et restant petite dans la première forme ; augmentant et formant de grands abcès dans la deuxième ; se localisant à un segment de membre le long des lymphatiques dans la troisième. Notre troisième malade qui, lorsque nous l'avons observé la première fois, était un type de la première forme (2), semble réunir maintenant les trois formes : quelques-unes des gommages anciennes sont devenues des grands abcès, le malade ayant négligé de poursuivre le traitement ioduré (deuxième forme) ; il est apparu de nouvelles lésions gommeuses disséminées, qui restent petites (première forme) ; enfin le long de la face interne de la cuisse droite et à la face postérieure de la jambe droite, il présente une série de nodosités échelonnées le long des lymphatiques, ébauchant aussi la troisième forme lymphangitique gommeuse (3).

En outre, ce malade qui, jusque-là, n'avait eu que des lésions hypodermiques, est atteint maintenant de lésions dermiques *sporotrichosiques nodulaires ulcéro-croûteuses* ecchymatiformes, les unes *primitives*, les autres secondaires à des lésions profondes, toutes dues au même parasite, le *Sporotrichum Beurmanni* γ (4). Il présente

(1) *Annales de Dermatologie*, oct., nov., déc. 1906.

(2) *Loc cit.*, 1906, p. 847.

(3) DANLOS, DEROY et GOUGEROT : observation ci-dessus.

(4) C'est grâce à la libéralité de M. DANLOS, dans le service duquel le malade était rentré, que j'ai pu poursuivre cette étude. L'intérêt attaché à ce cas donne à ce maître la mesure de ma reconnaissance. Je remercie mon collègue DEROY de son concours bienveillant.

donc la synthèse de toutes les formes connues des sporotrichoses hypodermiques et dermiques. Il importait d'insister sur cette multiplicité des lésions due à un même parasite et sur les formes de transition.

SYMPTOMATOLOGIE. Des lésions dermiques, les unes sont primitives, les autres secondaires à des gommes et abcès incisés.

Les *primitives* sont disséminées sur la partie antérieure des deux jambes : elles sont à divers stades de développement, beaucoup sont cicatrisées, une dizaine sont en activité ; de grosseur variable, elles oscillent entre 10, 30 et 40 millimètres de diamètre. Ce sont des élevures peu saillantes faiblement coniques, rondes ou ovalaires, d'un rose violacé peu foncé, à bord diffus s'effaçant peu à peu dans la peau saine ; au centre est une croûte brune ou noirâtre à fine collerette squameuse blanchâtre ; cette croûte est petite, de 3 et 5 millimètres et largement débordée par la *très large auréole rose violacé* ; le doigt sent une induration nodulaire du derme plus petite que l'auréole inflammatoire, elle est strictement cutanée et glisse avec le derme sur les plans profonds. Comprimée, la nodosité laisse sourdre, sur le bord de la croûte, une gouttelette de pus visqueux, séreux, rosé ou blanc opaque ; au-dessous de la croûte arrachée apparaît une petite ulcération étroite, profonde de 3 à 4 millimètres.

Les éléments plus jeunes sont de petites saillies de 8 à 12 millimètres, plus rosées que violacées, sans croûtes ; l'incrustation est secondaire à la formation de ce nodule, consécutive à l'envahissement de l'épiderme par le nodule plus profond, et l'extravasation sanguine. Cette évolution est donc différente de celle de l'ecthyma. En vieillissant, les nodules pâlisent et s'affaissent, la croûte tombe laissant de *petites cicatrices* syphiloïdes rondes de 3 à 6 millimètres de diamètre, fines, brillantes, souples et plates, teintées de brun violacé clair, entourées d'une très large auréole (3 à 10 millimètres) brun foncé qui remplace l'auréole inflammatoire brun violacé. En un point où ces cicatrices sont rapprochées, les auréoles pigmentées confondues dessinent une large nappe tachetée de petites cicatrices. On peut appeler ces lésions : sporotrichoses dermiques nodulaires ulcéreuses ethymatiformes.

L'évolution de ces lésions dermiques nodulaires ulcéro-croûteuses est lente, dépassant 6 semaines.

Elles rappellent certaines tuberculides nodulaires ulcérées, nécrotiques, ou mieux de petites pustules ethymateuses chroniques un peu cyanotiques qu'on voit sur certains galeux. Les syphilides papulo-crustacées ont une autre teinte et un autre aspect.

Les lésions dermiques secondaires ont un aspect analogue ; elles succèdent à l'ulcération de l'incision d'une gomme sous-cutanée : car on ne connaît pas encore d'exemple de gomme ulcérée spontanément.

L'incision ulcérée est marquée par une croûte noirâtre toujours petite, sous laquelle la pression fait sourdre une gouttelette de pus visqueux, l'épiderme desquame quelquefois tout autour, une auréole brun violacé de 5 à 10 millimètres, diffuse, débordant largement la croûte. Cette fistule croûteuse est tantôt saillante, tantôt déprimée.

L'évolution semble plus lente que celle des sporotrichoses dermiques primitives, car elle est sans doute entretenue par la suppuration profonde. A la fin elle laisse une cicatrice semblable mais plus grande, quelquefois *polycyclique*. On se souvient que la gomme sous-cutanée abandonnée à elle-même se résorbe sans s'ouvrir; il faut donc, pour que la gomme laisse une cicatrice, l'intermédiaire de ces lésions dermiques.

BACTÉRIOLOGIE. — Deux des lésions dermiques *primitives* ont étéensemencées sur 6 tubes de gélose glycosée Sabouraud, en pompant le pus et la sérosité avec une pipette fine au-dessous des croûtes, après savonnage de l'épiderme. Ces 6 tubes ont tous donné des cultures pures de *Sporotrichum Beurmanni* dès le sixième jour, les unes 2, les autres 4, 6 et même 13 colonies, le long de la strie d'ensemencement. Elles sont devenues caractéristiques vers les dixième et onzième jours, brunes, finement circonvoltées; c'est le même parasite que celui des lésions hypodermiques retiré en août et en décembre: les cultures et préparations que nous présentons ne laissent aucun doute.

La constance et la pureté des cultures est la preuve de la nature sporotrichosique de ces lésions dermiques, preuve autrement démonstrative que la présence des formes parasitaires dans le corps des lésions ou dans le pus, car la confusion est toujours possible avec des débris de noyaux ou des globules rouges.

HISTOLOGIE. — Un petit élément papulo-nodulaire primitif à centre croûteux en pleine activité est biopsié.

L'histologie montre une lésion nodulaire exclusivement dermique, nettement limitée à la partie profonde du derme, et ne dépassant pas les faisceaux profonds, plus diffuse à la partie supérieure et envahissant secondairement l'épiderme. Cet infiltrat nodulaire est formé de nodules plus petits agglomérés, de structure tuberculoïde (cellules épithélioïdes et géantes), entourés d'une zone de réaction lympho-conjonctive avec nombreuses plasmazellen rappelant la syphilis. Le centre de cet agglomérat est un petit abcès formé de nombreux polynucléaires et globules rouges semblables aux lésions suppuratives phlegmasiques banales. C'est ce mélange de ces trois réactions du centre à la périphérie, qui donne à cet infiltrat gommeux dermique un aspect très spécial.

Fixation à l'iodo-chlorure de Dominici. Inclusion à la paraffine: éosine orange bleu de toluidine; hématoïne; Van Gieson; orcéine bleu tanin orange; Prenant, Gram; Ziehl, etc....

L'infiltrat nodulaire siège à la partie moyenne et profonde du derme nettement délimité par les faisceaux collagènes et élastiques profonds du derme que le nodule refoule, et tasse; à la partie supérieure l'infiltrat est moins nettement circonscrit, les cellules semblent filtrer à travers les fibres collagènes et élastiques parallèles et horizontales de la couche sous-papillaire, pour atteindre les papilles et l'épiderme.

— *Nodule d'infiltration cellulaire* : Il semble fait de l'agglomération de nodules ou follicules élémentaires dont le centre aurait subi la fonte gommeuse : d'où trois zones, la première, périphérique, lymphoconjonctive, résultant de la réunion des couronnes lymphoconjonctives de chacun d'eux; la deuxième, moyenne, épithélioïde, résultant de la fusion des centres des follicules; la troisième, centrale, de fonte gommeuse et d'hématome. A un faible grossissement on a donc, à l'éosine bleu, une couronne sombre bleue périphérique, une zone moyenne rose tachetée de cellules géantes, le centre piqueté de bleu et tacheté de placards orange d'hématome. C'est une petite gomme dermique.

Au centre de la gomme, là où le nodule est le plus gros, les deux premières zones sont étroites, la fonte gommeuse est massive; loin du centre, les deux zones, lympho-conjonctive et surtout épithélioïde, l'emportent.

1^o *Zone périphérique* : A la partie inférieure, cette zone est plus étroite qu'à la partie supérieure où elle diffuse latéralement et dans la couche sous-papillaire. Elle est formée de cellules conjonctives en réaction inflammatoire simple : tuméfaction basophile et mise en évidence des anastomoses, multiplication. Les fibres collagènes régressent, formant un réseau de fines fibrilles roses à mailles aplaties le long desquelles se moulent les cellules conjonctives. Les fibres élastiques sont résorbées. Au tissu normal se substitue ainsi un infiltrat conjonctif à cellules serrées. Il s'ajoute quelques gros mononucléaires et de rares lymphocytes. Beaucoup de cellules de l'infiltrat se transforment en plasmazellen. Plusieurs plasmazellen sont énormes, binucléées ou même géantes; les mastzellen globuleuses et rameuses ou clasmatoctes sont nombreuses. Quelques cellules conjonctives desquamées en macrophages (Dominici) sont surchargées de pigment sanguin. Il n'y a pas de polynucléaires infiltrés.

La réaction conjonctive est très pure, non phlegmasique (pas de polynucléaires ni d'œdème, ni de précipitation de fibrine).

Les vaisseaux capillaires sont difficilement reconnaissables à cause de la réaction intense de leur périthélium confondu avec le tissu inflammatoire et de la tuméfaction de leur endothélium transformé en bordure continue; un globule rouge ou un polynucléaire signale leur lumière. Ça et là apparaît une rare artériole ou veinule atteinte de vascularite totale : tuméfaction et multiplication des cellules des 3 tuniques sans diapédèse (à peine 1 ou 2 mono, pas de polynucléaire), périartère dissociée et fusionnée dans l'infiltrat, reconnaissable pourtant à quelques fibres élastiques circulaires; mésartère formée de fibres musculaires tuméfiées, à noyau très basophile, multipliées en plusieurs rangées, parcourue de 1 ou 2 grosses fibres élastiques; endartère très épaissie formée de 3 à 4 rangées de cellules conjonctives irritées aplaties avec quelques fines fibrilles élastiques; cellules endothéliales épaissies, fusionnées, parfois desquamantes; lumière rétrécie contenant de nombreux polynucléaires.

En quelques points, les cellules lymphoconjonctives s'agglomèrent encore plus nombreuses, pressées les unes contre les autres, les petits mononucléaires et les plasmazellen prédominent (*plasmome* d'Unna), dessinant de petits *nodules sombres* à bords diffus se perdant dans la zone périphérique. Dans ces points, les lymphocytes et plasmazellen, petites ou grosses binucléées, sont si nombreux qu'ils voilent la trame de réaction conjonctive qui se retrouve sous forme de très fines fibrilles et cellules conjonctives effilées ou grosses, à large protoplasma et noyau clair, de mastzellen disséminées çà et là. Quelques karyokinèses prouvent l'intensité de la réaction inflammatoire. Quelques-uns de ces nodules sont traversés de bandes plasmodiales de cellules conjonctives, contenant 1 ou 2 polynucléaires, des globules rouges, restes de capillaires enflammés. D'autres sont infiltrés autour d'un petit vaisseau, gros capillaire ou artériole, à paroi très épaissie et dissociée, dont il ne persiste souvent plus que le squelette élastique déchiqueté; l'ordonnement est nettement périvasculaire concentrique. Les globules rouges et polynucléaires sont rares et semblent être toujours intracapillaires. Un canal sudoripare, des acini sudoripares à paroi conjonctivo-élastique conservée et à cellules sécrétrices intactes, traversent parfois ces infiltrats. Assez nombreuses y sont les formes de dégénérescence des mononucléaires, en particulier des plasmazellen dont le protoplasma diminue, s'aplatit, pâlit, le noyau persistant seul à la fin; la dégénérescence érythrophile des plasmazellen est exceptionnelle; quelques-unes, conservant leur noyau si caractéristique, se chargent de granulations basophiles et d'autres de granulations basophiles méta-chromatiques (transformation en mastzellen); pas d'éosinophilie.

Vers le centre de l'infiltrat les cellules conjonctives en réaction inflammatoire simple (**basophiles**) deviennent par transition insensible des cellules épithélioïdes (acidophiles).

La preuve que cette zone **périphérique** est le résultat de la fusion des couronnes externes de chaque nodule **élémentaire**, nous est donnée par l'apparition en pleine zone lymphoconjonctive (**basophile**) d'un petit nodule épithélioïde avec cellule géante.

Les lésions vasculaires, l'ordination périvasculaire des **nodules sombres** de la zone périphérique et des nodules aberrants des tissus circonvoisins (ce qui prouve que c'est là le premier stade de la lésion, le mode d'envahissement) permettent de suspecter l'origine vasculaire de l'infection (infection endogène), hypothèse que confirme la clinique.

2° *Zone épithélioïde : follicules tuberculoïdes avec cellules géantes.*

Les cellules épithélioïdes, caractéristiques, polygonales, à protoplasma grenu acidophile, à noyau pâle ovalaire (bleuté pâle), à fin réseau chromatinien, forment une large nappe en s'anastomosant entre elles; serrées les unes contre les autres, elles limitent de petits espaces où parfois sont disséminés des rares éléments migrants isolés : lymphocytes ou plasmazelle intacts tranchant vivement sur le fond rose par leur basophilie, ou plasmazelle dégénérée à protoplasma pâle, hématie polynucléaire; quelques fines fibrilles collagènes sont tout ce qui reste de la trame conjonctivo-élastique. Les polynucléaires deviennent de plus en plus nombreux vers le centre de l'infiltrat.

Ces cellules épithélioïdes s'ordonnent autour de centres marqués par la présence de une, deux ou trois grosses cellules géantes, et l'on voit que la

zone épithélioïde résulte de la fusion de quatre à cinq gros follicules élémentaires tuberculoïdes.

Ces cellules géantes sont analogues aux plus belles cellules géantes de la tuberculose, énormes, arrondies, à noyaux tantôt périphériques, tantôt centraux, ou agglomérés à un pôle de la cellule ; le centre est grenu acido-phile, parfois ponctué d'une inclusion qui, peut-être, est parasitaire, les noyaux sont encore entourés d'un peu de protoplasma spongieux légèrement basophile ; leurs bords sont diffus, anastomosés avec les cellules épithélioïdes voisines. Plusieurs cellules géantes ont phagocyté quelques-uns des polynucléaires qui les entourent.

(Certaines cellules géantes, moins régulières d'aspect, résultent de la coalescence de cellules épithélioïdes, comme en témoignent encore la forme des fentes claires et la disposition des noyaux. D'autres intravasculaires, encore bridées dans la fibreuse du vaisseau, ne sont pas anastomosées aux cellules environnantes.)

Il ne persiste plus que de rares capillaires.

A la périphérie, la zone épithélioïde se confond avec la zone basophile de réaction lympho-conjonctive, on voit les cellules conjonctives de cette zone devenir violacées, puis roses, grenues, leur noyau pâlir, on voit les plasmazellen conservant leur noyau arrondi, radié, qui les rend longtemps reconnaissables, devenir acidophiles. Vers le centre, la transition est insensible avec la fonte gommeuse marquée par l'afflux de plus en plus considérable des polynucléaires et des globules rouges.

3^e Troisième zone, fonte gommeuse centrale.

Les polynucléaires et hématies envahissent tout, se mélangent aux cellules épithélioïdes, entourent les cellules géantes en certains points ; tous les éléments se mêlent, les polynucléaires, peu à peu, remplacent le tissu pré-existant détruit. Au centre on ne voit donc qu'une nappe compacte de globules rouges intacts ou fragmentés disséminés ou en placards, de très nombreux polynucléaires neutrophiles et quelques macrophages chargés, les uns de pigments hémoglobiniques, les autres de débris pyknotiques. Des figures parasitaires sont probables mais toujours douteuses.

En aucun point, la réaction ne prend l'aspect phlegmasique.

— *Tissus environnants* : la réaction conjonctive inflammatoire simple s'étend au loin au milieu du derme intact. L'infiltrat diffuse à la partie supérieure à travers la couche sous-papillaire et sur les côtés.

Le *corps papillaire et la couche sous-papillaire* sont en réaction inflammatoire diffuse : les cellules conjonctives fixes tuméfiées et multipliées ; régression des fibres collagènes et élastiques réduites à de fines fibrilles ; mastzellen nombreuses ; capillaires nombreux petits non dilatés, quelques globules rouges disséminés sans hématome : la réaction est avant tout conjonctive, il y a peu de mononucléaires libres importés et pas de polynucléaires en dehors des vaisseaux. Les plasmazellen assez nombreuses forment parfois autour d'un gros capillaire une sorte de couronne discontinue ; près de l'infiltrat d'hématies les cellules conjonctives et macrophages qui en dérivent sont surchargées de pigments ferriques.

Cette réaction, très prononcée dans la couche sous-papillaire qui se continue insensiblement avec l'infiltrat nodulaire ; elle s'atténue lentement vers

les papilles, à mesure qu'on s'éloigne du centre ; mais on en retrouve des traces au loin, sous forme de tuméfaction basophile des cellules fixes.

En dehors du nodule, à la partie moyenne du derme, presque normal, même réaction inflammatoire des cellules fixes disséminées au milieu des faisceaux épais collagènes et des fibres élastiques. Ça et là, quelques traînées entourent les vaisseaux, formant souvent une sorte de nodule attendant encore au nodule principal et de même constitution que sa zone périphérique.

A la partie profonde du derme, la réaction conjonctive est très atténuée, quelques vaisseaux proches du nodule sont lésés, leurs parois sont dissociées par la réaction conjonctive, il y a endovascularite sans thrombose. En un point cependant un gros vaisseau lymphatique dilaté était thrombosé par un caillot, qui, suivi dans les coupes en série, se transformait bientôt en cellule géante. Quelques acini intacts de glandes sudoripares sont entourés de cellules infiltrées.

Épiderme : Les réactions y sont minimales et secondaires. Au point le plus saillant, croustilleux et squameux, l'épiderme est perforé sur l'étendue de 2 ou 3 papilles (donc pertuis très étroit) ou plus exactement la couche de Malpighi est détruite, le pus soulevant et infiltrant la couche cornée très épaissie ; la squame-croûte est formée de lames épaisses, de cellules cornéées nucléées (parakératose) clivées en 2 ou 3 points par des nappes de polynucléaires dégénérés (microabcès) ou par de petits hématomes. Latéralement la squame-croûte se continue avec la couche cornée de l'épiderme qui redevient rapidement normale. Les bords de la perforation de la couche de Malpighi ne présentent que peu de réaction. — Quelques coupes plus loin, là où l'épiderme n'est plus perforé mais encore squameux, on le voit aplati sans papilles, aminci et bombant. A sa face supérieure persistent des débris squameux ; sa face inférieure formée d'une ligne nette et continue est excavée, soulevée par l'infiltrat nodulaire dont les polynucléaires et globules rouges s'accrochent aux dernières assises épidermiques. L'épiderme est en ce point formé de cellules malpighiennes aplaties, presque lamelleuses, légèrement basophiles, à noyau pâle ; la germinative a disparu, la granuleuse est absente, l'exocytose est très peu marquée, il n'y a pas d'exosérose. L'épiderme forme aussi une sorte de coupole, limitée de chaque côté par une papille aplatie et déjetée, où réapparaît la structure normale de l'épiderme.

— Plus loin encore du centre croustilleux, là où la couche papillaire et sous-papillaire enflammée sépare l'épiderme du nodule, l'épiderme est presque normal, un peu épaissi, avec papilles normales, tuméfaction et multiplication des cellules de la germinative, hypertrophie légère des cellules du corps de Malpighi dans tous leurs éléments (protoplasma et anastomoses, noyau et nucléole), parfois auréole blanche périnucléaire, exocytose minime, surtout mononucléaire, pas d'exosérose.

A quelques papilles de là, l'épiderme est normal.

La destruction profonde du derme explique la cicatrice, l'étroitesse de la perforation épidermique explique la petitesse de cette cicatrice ; l'importance de l'infiltrat rend compte peut-être de la largeur de l'auréole pigmentée.

Telle est cette réaction dermique si spéciale : syphiloïde à sa périphérie par la zone de réaction lympho-conjonctive inflammatoire avec nombreuses plasmazellen et nodules sombres périvasculaires ;

tuberculoïde à sa partie moyenne, par ses gros nodules épithélioïdes ordonnés autour de cellules géantes ; suppurative à son centre. Le processus est proche de la syphilis, de la tuberculose et de l'ecthyma chronique, mais non identique, et c'est ce mélange des trois ordres de réactions qui rend si particulier (on peut peut-être même dire caractéristique) cette lésion sporotrichosique. Il faut encore la rapprocher de certaines acnés et pustulettes chroniques où s'ébauchent ces trois ordres de réactions, mais où la réaction épithélioïde est toujours moins prononcée.

Il est intéressant de comparer le processus sporotrichosique au derme et à l'hypoderme ; il est essentiellement le même : même réaction massive des cellules fixes, endothéliales, mononucléaires, même formation de nodules épithélioïdes avec cellules géantes ; même fonte gommeuse centrale, même succession des lésions de la périphérie au centre.

Il est quelques différences dues, soit au siège, soit plutôt à l'étendue et à la rapidité de la lésion : dans les nodules dermiques il n'y a pas de limitante fibreuse, épaisse à fibres collagènes serrées, les mononucléaires sont plus nombreuses dans la zone de réaction conjonctive simple, alors qu'ils ne formaient qu'une bande très étroite dans la gomme hypodermique ; les plasmazellen et mastzellen sont plus nombreuses ; les premières surtout, au point de former des plasmomes périvasculaires ; les follicules épithélioïdes sont plus gros, les cellules géantes plus nombreuses ; la fonte gommeuse est moins prononcée. Au fond le processus est identique, l'histogénèse est la même : d'abord réaction conjonctive inflammatoire simple (nodule primitif, nodule aberrant d'envahissement, zone périphérique), puis dégénérescence épithélioïde et formation de cellules géantes ; enfin fonte gommeuse, afflux de polynucléaires et d'hématies.

De même que la syphilis crée au derme et à l'hypoderme des lésions semblables gommeuses : gommes sous-cutanées et syphilides tuberculo-ulcéreuses, de même la sporotrichose détermine des gommes hypodermiques et des lésions dermiques nodulaires ulcéro-croûteuses. Cette mycose qui semble surtout se localiser à l'hypoderme sous forme de nodosité et d'abcès, est donc capable aussi de lésions superficielles dermiques. Elle se rapproche en cela des blastomycoses, dont on sait la prédilection pour les lésions dermiques ulcéreuses, mais qui quelquefois donne aussi des gommes et abcès sous-cutanés.

Probabilité de syphilis ignorée et de syphilide psoriasiforme tertiaire. Insuffisance de l'examen histologique.

Par MM. DANLOS et DEROTÉ.

Il s'agit d'une malade d'environ 55 ans, entrée à l'hôpital pour un czéma étendu (tronc, membres). Noyée primitivement dans le

lésions eczémateuses, la dermatose qui fait l'objet de cette communication n'avait pas, tout d'abord, de caractères suffisamment nets. On ne put bien l'individualiser qu'après la guérison de l'eczéma. On vit alors qu'elle constituait des segments de cercles rouges et squameux, siégeant sur la moitié supérieure des faces antérieure et interne de la cuisse droite, avec quelques éléments analogues à la jambe et à la hanche du même côté ; rien ailleurs. Aucun antécédent reconnu de syphilis.

L'aspect de la lésion était très nettement celui d'un psoriasis ; mais la limitation précise au membre inférieur droit, l'immunité absolue des genoux et des coudes ; la fixité du mal dans les mêmes points depuis des années, ne permettaient guère de s'arrêter à cette hypothèse. L'idée d'une forme anormale de lupus érythémateux n'était pas plus acceptable vu l'absence de toute atrophie cutanée, de toute cicatrice dans la concavité des arceaux. La seule hypothèse probable était, malgré les dénégations de la malade, celle d'une syphilide squameuse tertiaire. Elle se trouvait confirmée par l'existence d'une sclérose très caractérisée de la partie gauche de la langue et des commissures labiales. Pour donner à ce diagnostic plus de certitude encore, nous priâmes M. Gastou de biopsier un élément ; mais, comme on le verra ci-après, l'histologie fut loin d'apporter la clarté qu'on en espérait.

Note sur le cas précédent.

Par M. GASTOU.

EXAMEN HISTOLOGIQUE, par M. Gastou. — L'élément éruptif, qui a fait l'objet de l'examen, a été prélevé sur la cuisse. Fixation au sublimé acétique, coloration des coupes suivant les méthodes habituelles : hématoxyline-éosine, bleu de Unna, Van Gieson, Gram.

Les coupes sont entièrement formées d'une masse cellulaire dense et serrée recouverte d'un épiderme aminci dans la plus grande partie de son étendue et surtout dans la partie centrale de l'élément.

L'épiderme présente comme altérations : une seule assise de cellules granuleuses, pas de couche cornée, quelques cavités dans la couche de cellules polyédriques, cavités remplies de mononucléaires.

Entre l'épiderme et le derme on note une particularité de structure tout à fait spéciale : les filaments d'union et le ciment qui existent entre les cellules polygonales semblent se prolonger dans la région papillaire et le derme sous forme de traînées parallèles ou convergentes qui vont se mettre en connexion avec les parois vasculaires, les faisceaux conjonctifs et les faisceaux élastiques. Il en résulte une série de travées rectilignes, coupées à angle droit ou obtus par d'autres

travées émanées des vaisseaux ou du tissu conjonctif, leur ensemble constitue des loges.

La plupart des travées sont en rapport avec des capillaires dans lesquels on voit des globules rouges et des polynucléaires. Ces capillaires ont leur endothélium tuméfié. A côté des capillaires se voient les parois de lymphatiques dilatés et comblés par des cellules volumineuses à noyau ovoïde.

En quelques points les capillaires et lymphatiques apparaissent coupés en travers, les lymphatiques sont remplis de cellules mononucléaires. Telle est en quelque sorte la trame essentiellement vasculaire des coupes.

Les éléments cellulaires sont très nombreux. En dehors des cellules, se forment de gros mononucléaires situés dans les vaisseaux et les lymphatiques; en dehors des cellules conjonctives des parois vasculaires ou lymphatiques, toutes proliférées, il existe disséminés dans toutes les coupes, des amas de cellules plasmatiques et de nombreuses mastzellen.

Les amas de plasmazellen ne sont pas nettement groupés autour des vaisseaux. Ils forment des masses irrégulières rarement pures mais entremêlées de mononucléaires, de cellules conjonctives et surtout de mastzellen.

Les mastzellen sont en très grand nombre, à prolongements très longs courant le long des capillaires. Il n'y a ni lymphocytes, ni cellules géantes ou dégénérées.

En résumé, l'ensemble des lésions semble en rapport avec une prolifération intense du tissu vasculo-conjonctif et lymphoïde.

De quelle nature ou origine est la lésion? Rien ne rappelle, dans la structure du fragment étudié, la tuberculose ou quelque lésion de cette origine. Il ne s'agit pas non plus d'une maladie parasitaire banale.

L'abondance des plasmazellen peut faire penser à la syphilis.

Cependant, étant donné le mode particulier de réaction lymphoïde des tissus, la grande quantité de plasmazellen et de mastzellen, la forme trabéculaire des mailles, la présence de cellules conjonctives, l'existence d'abcès épidermiques avec mononucléaires, il y a lieu de rechercher si les lésions présentées par la malade ne sont pas en rapport avec une variété de mycosis, ou simplement le résultat d'une réaction lymphoïde du tissu épidermodermique, d'une lymphodermie d'origine indéterminée.

Troubles trophiques des doigts, de cause indéterminée.

Par M. E. FRANÇOIS-DAINVILLE.

Les doigts de cette malade, âgée de 26 ans, présentent les particularités suivantes. Au pouce de la main gauche la dernière phalange est rouge

violacé et œdématiée, diminuée de volume et comme effilée à son extrémité; l'ongle est tombé depuis longtemps (il y a plusieurs années, dit la malade) et n'a jamais repoussé. Sur l'emplacement de la matrice unguéale apparaît parfois un peu de rougeur, de gonflement douloureux et une très légère suppuration s'établit. L'index de la même main présente des altérations analogues; l'atrophie de la phalangette est toutefois plus marquée qu'au pouce; l'ongle est tombé, et la matrice unguéale est actuellement parfaitement sèche. A la main droite le médius est encore altéré au niveau de la phalangette très atrophiée; l'ongle est réduit à l'état d'une mince lamelle racornie, fendillée et présentant tous les caractères classiques de l'ongle névritique.

La peau a repris sa coloration normale. Il n'y a pas d'altérations analogues au niveau des autres doigts et au niveau des orteils.

Il s'agissait de trouver la cause de ces troubles cutanés.

Dans les antécédents héréditaires on ne note rien de spécial, le père et la mère sont bien portants et ne présentent ni tuberculose ni syphilis.

Du côté de la malade nous apprenons qu'à l'âge de 14 ans, au moment de la menstruation, elle a eu une sorte de panaris au pouce gauche, sans douleur vive : ce mal n'a jamais guéri, en dépit de tous les traitements. Le médius droit se prend l'année suivante, l'ongle se détache et ne repousse plus, — c'est le seul doigt dont la peau a repris sa coloration normale depuis 15 mois. Depuis l'année 1895 l'index de la main gauche est altéré.

Notre malade n'a jamais eu la syphilis et n'en porte aucun stigmate. Elle n'a pas eu de maladies infectieuses, elle ne tousse pas et n'a jamais craché de sang, elle n'a pas maigri et son état général est bon.

Les poumons ne présentent pas trace de tuberculose.

On ne trouve rien de spécial dans l'examen de chaque organe. Le système nerveux a été étudié avec soin. Sur la main la sensibilité n'est modifiée dans aucun de ses modes. Il en est de même pour le reste des téguments.

Pas de troubles de la motilité et des réflexes. Pas de phénomènes d'asphyxie des extrémités.

La malade a été mise aux rayons Röntgen; elle a eu deux séances de rayons de 4 H chacune (rayons n° 6 au radiochromomètre) à quatorze jours d'intervalle; ce traitement électrothérapique, fait par M. Fleig (service du docteur Balzer), semble avoir déjà produit une amélioration.

Il semble qu'on soit ici en présence de troubles trophiques de cause indéterminée avec infection cutanée surajoutée — et dont le pronostic est grave en raison de la ténacité de ces troubles nerveux et de leur caractère progressif. Néanmoins la radiothérapie semble avoir déjà produit un heureux résultat.

Un cas de parapsoriasis.

Par M. MILIAN.

J'ai l'honneur de présenter à la Société de Dermatologie un malade atteint de parapsoriasis. Comme cette affection est à l'étude, j'ai

tenu à présenter aujourd'hui l'observation clinique de ce cas, me réservant d'en apporter à la prochaine séance l'examen histologique (1) qui n'est pas terminé aujourd'hui.

Voici l'histoire de ce malade :

Le nommé B..., pâtissier, âgé de 20 ans et demi, entre le 13 novembre 1906, à l'hôpital Saint-Louis, salle Cazenave, dans le service du Dr De Beurmann, que j'ai l'honneur de remplacer.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants, bien portants; 5 enfants vivants tous bien portants, n'ayant jamais eu de maladies, même bénignes.

Antécédents personnels. — Rougeole dès l'enfance.

Depuis cinq ans, le malade présente une éruption qui, quelquefois, pâlit, mais ne disparaît jamais complètement.

Lorsqu'il est venu, il y a 5 jours, à la consultation, l'éruption était très purpurique.

Cette éruption existe aux *membres supérieurs* sur les deux faces d'extension et de flexion avec intégrité complète des mains. Même distribution aux *membres inférieurs* où elle est très abondante. Sur le *tronc*, l'éruption est très marquée dans le dos et beaucoup moins accusée en avant où il n'y a que quelques éléments disséminés, particulièrement sur l'abdomen.

Il y a une intégrité remarquable de la *région présternale* et de toute la région médiane du dos, surtout au niveau de l'espace inter-scapulaire.

Sur le cou existent des éléments disséminés.

La face est indemne, ainsi que le cuir chevelu où il y a pourtant quelques éléments pityriasiques.

Les éléments du dos suivent une direction parallèle aux plis de la peau.

Les éléments éruptifs sont constitués par des *macules* de la dimension d'une tête d'épingle à une lentille, irrégulières de contour, couleur de roséole, *purpuriques par places* avec un pointillé hémorragique, particulièrement sur les membres, surtout membres inférieurs où l'éruption est presque violette.

Ces *macules* deviennent squameuses lorsqu'on les gratte, certaines sont spontanément squameuses. La squame est petite, n'occupant que le centre de l'élément, micacée, sèche, se détachant par *furfuration* et non par lamelles, ne donnant pas le signe d'Auspitz, mais, au contraire, donnant une tache purpurique.

Le malade a de l'*acroasphyxie* avec moiteur des deux mains. C'est un châtain blond au teint un peu lymphatique. Il présente de la *micropolyadénopathie* aux aines; à la région cervicale postérieure deux petits ganglions mastoïdiens et deux petits ganglions épitrochléens.

Il va sans dire qu'il n'y a chez lui nul soupçon de syphilis. Le thorax est rentrant avec omoplates saillantes; il a un varicocèle gauche très accusé; les amygdales ne sont pas grosses; les dents sont en bon état; la langue est normale. Pas de sucre ni d'albumine dans les urines, foie et rate normaux.

Rien d'anormal à l'auscultation du cœur ni des poumons. La tension artérielle oscille entre 15 et 16 au sphygmomanomètre Potain, le malade étant couché; le pouls variait entre 84 et 90 pulsations à la minute.

(1) Pièce C. 56.

A son entrée, le malade a été mis à l'axonge et à l'huile de cade. Une moitié du corps, seule, a été traitée pour que l'autre servit de point de comparaison. Après six semaines d'application, aucune modification n'est survenue dans l'état du tégument.

Le 31 décembre, la tension était de 15 et demi, le pouls à 84 sur le malade couché; la tension de 15 et le pouls de 96 sur le malade debout.

Le diagnostic de parapsoriasis est ici indiscutable: la macule érythémateuse ou purpurique devenant squameuse au grattage, la squame sèche se détachant mal, l'absence de pointillé sanglant après grattage de la squame et production d'une tache purpurique après celui-ci, la longue durée (cinq ans) de l'affection sans aucune rémission, l'influence nulle des médicaments réducteurs si efficaces dans le psoriasis, tout cela indique formellement le parapsoriasis.

M. Civatte, élève de M. Brocq, qui a fait sa thèse sur ce sujet, est venu voir ce malade et l'a considéré comme un parapsoriasis typique.

L'anatomie pathologique confirme également le diagnostic, car on y retrouve des lésions décrites par les différents auteurs.

M. Civatte (1) a trouvé dans un cas de parapsoriasis des lésions anatomiques tuberculeuses typiques et son malade est devenu tuberculeux, car il porte aujourd'hui (communication orale) d'énormes ganglions sous-maxillaires.

J'ai voulu rechercher chez ce malade si l'on pouvait également dénoter la nature tuberculeuse de l'affection. Je n'y suis pas parvenu.

La biopsie m'a montré des lésions de sclérose et d'infiltration cellulaire; on ne voit nulle part de follicules tuberculeux comme dans le cas de Civatte.

On ne découvre chez R... aucun antécédent tuberculeux héréditaire, collatéral ou personnel.

Le sujet, délicat, présente pourtant quelques symptômes suspects; teint un peu anémique, dos voûté, mains un peu asphyxiques et moites, nombreux petits ganglions un peu partout. Mais je n'ai obtenu aucune réaction à la tuberculine. J'ai injecté, sous la peau de ce sujet 0^{mm}0,1 de tuberculine brute de l'Institut Pasteur de Paris, le 16 décembre 1906; 0^{mm}0,5 le 22 décembre; 0^{mm}0,9 le 29 décembre. Aucune réaction locale ou générale ne se produisit. La température, prise toutes les trois heures, resta toujours au-dessous de 37°,4.

Je me propose d'injecter à ce malade des doses croissantes plus fortes encore pour bien vérifier l'absence de réactions positives. Je compléterai mon observation à la prochaine séance par l'exposé des résultats obtenus et l'étude histologique de la biopsie. Je n'ai pas

(1) CIVATTE. *Annales de Dermatologie*, 1906.

voulu attendre jusqu'à ce moment pour publier le cas, car je désirais avoir le diagnostic confirmatif de la Société pendant que j'avais le malade à ma disposition.

M. GAUCHER. — Quelle différence y a-t-il entre ce cas et le psoriasis punctata ?

M. MILIAN. — Les caractères de la squame diffèrent cliniquement et histologiquement. Par le grattage on n'arrive pas sur la tache rouge lisse luisante avec le fin piqueté hémorragique du psoriasis, mais on provoque des ruptures des capillaires et du purpura ; la squame adhère dans la profondeur beaucoup plus que celle du psoriasis, elle ne devient pas tache de bougie comme dans le psoriasis. L'affection résiste beaucoup plus au traitement qu'une éruption de psoriasis de même intensité. Le microscope ne montre pas la parakératose que l'on trouve dans le psoriasis.

Le Secrétaire,

E. LENGLET.

SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1907

Présidence de M. H. Hallopeau.

SOMMAIRE. — Correspondance. — Ouvrages reçus. — A propos d'une note de M. Lenglet concernant notre observation publiée sous le titre : « Sur un cas de pemphigus chronique congénital et familial à forme d'ichthyose bulleuse », par MM. NICOLAS et FAYRE. (Discussion : M. LENGLET.) — Épithélioma du sillon mento-labial, d'origine cutanée, adhérent à la mâchoire inférieure. Extirpation, abrasion du maxillaire. Cheiloplastie. Guérison depuis trois ans et demi, par M. MORESTIN. — Vaste épithélioma de la face. Extirpation. Application secondaire de greffes dermo-épidermiques, par M. MORESTIN. — Phimosi chez un diabétique, par M. MORESTIN. — Leucoplasie vulvaire, par M. MORESTIN. (Discussion : MM. LEREUDE et MORESTIN.) — Sur une asphyxie locale des extrémités avec sphacèle des oreilles, par MM. HALLOPEAU et LASNIER. — Sur un cas de groupements comédoniens du cuir chevelu, par MM. HALLOPEAU et LERTANT. — Sur une forme ortiée persistante, circonée et eczématiforme de mycosis fongolde, par M. HALLOPEAU. — Sur une desquamation en masse des régions plantaires dans un cas de syphilis secondaire, par MM. HALLOPEAU et LASNIER. — Sur une érythrodermie mycosique avec nodosités sous-cutanées, par MM. HALLOPEAU et LASNIER; examen histologique, par M. GASTOU. — Éruption chez un vannieur, par MM. GAUCHER et MALLOIZEL. — Chancre mou de la main, par MM. DANLOS et DEROYE. — Plaque d'atrophie cutanée, par MM. DANLOS et DEROYE. — Nouvelle note sur un cas de parapsoriasis. Réaction à la tuberculine. Examen histologique, par M. MILIAN.

Correspondance.

Lettres de MM. BROcq, *vice-président*, THIBIERGE, *trésorier*, DARIER, *membre du comité de direction*, donnant leur démission de membres du bureau et du comité de direction; et MM. Brocq et Darier demandant de plus à ne pas figurer sur la liste du comité comme candidats aux élections prochaines, et M. Darier déclarant ne vouloir accepter aucune fonction.

Ouvrages reçus.

La Contagion de la lèpre en l'état de la science, par le Dr ZAMBACO PACHA. Masson et C^{ie}, éditeurs, 1907.

Cinq observations de syphilis et néoplasmes, par le Dr GROLL. Imprimerie Allier, 1906.

A propos d'une note de M. Lenglet concernant notre observation publiée sous le titre : « Sur un cas de pemphigus chronique congénital et familial à forme d'ichthyose bulleuse ».

Par MM. NICOLAS et FAVRE.

Au début de la séance du 8 novembre 1906, M. Lenglet, dans une note très intéressante, a critiqué vivement le titre sous lequel nous avons rapporté, à la réunion de juillet, l'observation très complète et très minutieusement étudiée d'un cas rare de dermatose bulleuse. M. Lenglet a rappelé à ce sujet les symptômes séparant l'ichthyose vraie, l'épidermolyse bulleuse ou pemphigus traumatique héréditaire et familial, et le pemphigus héréditaire et familial à forme dystrophique, pour démontrer que l'affection présentée par notre malade n'était autre chose qu'un exemple d'érythrodermie congénitale ichthyosiforme, variété bulleuse de Brocq, que nous avons méconnu. En réponse à ses remarques nous nous contenterons de citer textuellement et sans y rien changer deux phrases du très bref commentaire dont nous faisons suivre notre observation.

« Cette observation est un cas typique de l'affection improprement appelée « ichthyose bulleuse » ; il s'agit d'une dermatose rare, héréditaire, familiale, dont la place exacte n'est pas encore déterminée en pathologie cutanée. »

« Elle se rapproche par bien des points des *dermatites ichthyosiformes, accompagnées ou non de productions bulleuses et de troubles épidermotrophiques*, que M. Lenglet dans sa thèse a tenté de classer provisoirement. »

Nous croyons, même après les observations de M. Lenglet, n'avoir rien à changer à ces quelques lignes, conclusions de notre publication.

M. LENGLET. — Aussi n'ai-je pas critiqué les conclusions de la publication de MM. Nicolas et Favre, mais bien le titre qu'ils ont choisi ; et si nous sommes, à la fin, si près d'être d'accord, je regrette que nous ne le soyons pas au commencement, pour le titre de leur observation. Le titre n'exprime-t-il pas la pensée d'élection des auteurs par le choix tout spécial qu'ils en font ; c'est ce choix que j'ai trouvé particulièrement regrettable.

Épithélioma du sillon mento-labial, d'origine cutanée, adhérent à la mâchoire inférieure. Extirpation, abrasion du maxillaire. Cheiloplastie. Guérison depuis trois ans et demi.

Par M. MORESTIN.

J. P... m'a été adressé le 19 juin 1903 par M. Gaucher, pour une lésion ulcéreuse ayant pris naissance dans le sillon mento-labial, du côté droit. L'ulcération est grande comme une de nos anciennes pièces de 20 centimes. Elle est profondément creusée, entourée d'un bourrelet très dur, adhérent

à l'os sous-jacent. Elle s'étend d'une part sur la lèvre inférieure, d'autre part sur l'éminence du menton. Le fond est sec, irrégulièrement granuleux. Il existe un ganglion engorgé dans la région sous-maxillaire (fig. 1).

La nature de la maladie n'est guère douteuse ; nous sommes en présence d'un épithélioma. Il s'agit d'ailleurs d'une récurrence. Cinq ans auparavant le sujet a présenté en ce point une lésion qui a été traitée par la pâte de Vienne, puis par la cautérisation ignée. Une ulcération nouvelle s'est manifestée au

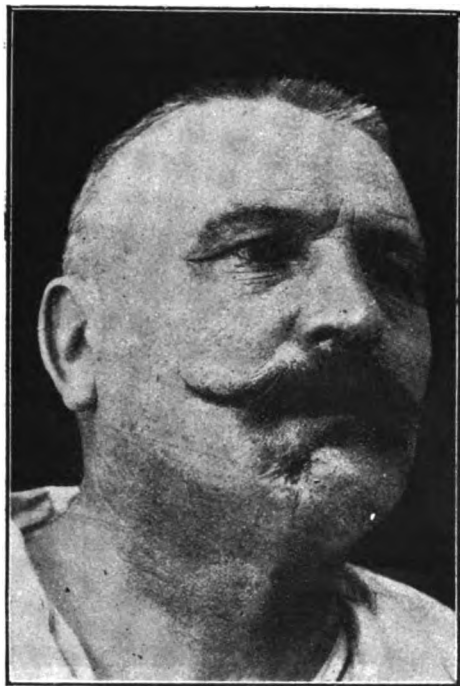


FIG. 1.

commencement de 1903. Aux mois de mai et de juin il a subi encore sans succès de nouvelles cautérisations.

J'interviens le 27 juillet 1903. Le malade est alcoolique et la chloroformisation difficile. Je pratique tout d'abord l'évidement du creux sous-maxillaire, enlevant d'un bloc la glande et les ganglions. L'ulcère, sa bordure et une large bande de tissus sains sont ensuite circonscrits par une incision elliptique portant sur la lèvre inférieure, la partie voisine de l'éminence du menton, les deux pôles de l'incision répondant l'un au bord inférieur de la mâchoire au niveau du trou mentonnier, l'autre presque à la bordure rouge de la lèvre. Je m'aperçois que la partie correspondante de la bordure est inutilisable et je me décide à la supprimer aussi. La perte de substance comprend plus d'un tiers de la lèvre inférieure, une partie de l'éminence

du menton et s'étend jusqu'au bord inférieur du maxillaire au niveau du trou mentonnier où elle se continue avec la plaie sous-maxillaire.

Avec la scie, je détache un large copeau du maxillaire répondant au point d'adhérence de la tumeur.

La réunion de la plaie sous-maxillaire ne comportait nulle difficulté, mais pour combler la perte de substance labiale il n'en était pas de même. J'eus recours simplement au décollement des parties molles, à droite et à gauche

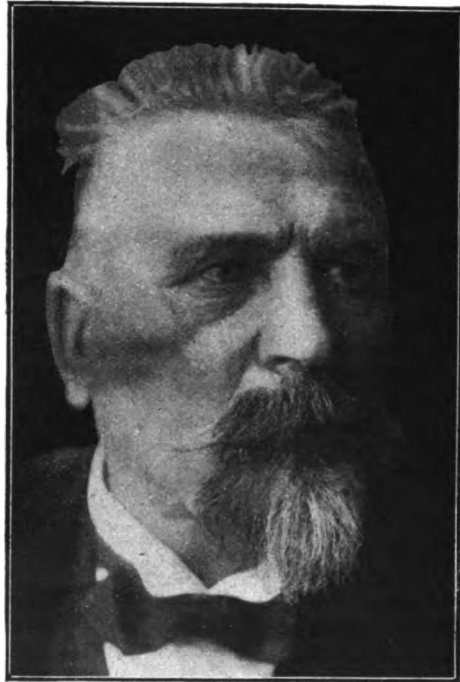


FIG. 2.

de la brèche, sans nouvelle incision extérieure, mais en incisant d'une part la muqueuse du sillon gingivo-génien droit, d'autre part celle du sillon gingivo-labial. A droite, le décollement fut poursuivi en arrière jusqu'au bord antérieur du masséter. En avant je décollai largement tout ce qui restait de la lèvre inférieure et les téguments du menton. Ce travail préliminaire achevé, je m'efforçai d'affronter avec soin les tranches de section et d'unir muqueuse à muqueuse, la peau à la peau, et surtout d'assurer l'exacte adaptation de la bordure rouge des deux côtés.

Le résultat immédiat était satisfaisant bien que le nouvel orifice buccal parût un peu étroit. Les suites furent très bonnes et d'une parfaite simplicité. Les fils furent retirés le 4 août, et la réunion primitive ayant été obtenue, le malade put être considéré comme guéri le 8 août.

Depuis je l'ai revu à plusieurs reprises et n'ai pu que constater chaque fois la solidité de sa guérison. Voilà maintenant trois ans et demi que l'opération a été pratiquée; la cicatrice s'est atténuée, effacée et depuis longtemps est à peine visible. La bouche est très régulière, la lèvre inférieure d'une souplesse parfaite. Rien en vérité ne rappelle l'opération subie, et le résultat esthétique ne laisse, on peut le dire, rien à désirer (fig. 2). Le résultat thérapeutique non plus, car nous pouvons à bon droit espérer maintenant que la guérison sera définitive.

Vaste épithélioma de la face. Extirpation. Application secondaire de greffes dermo-épidermiques.

Par M. MORESTIN.

Un homme de 63 ans, M. P..., marchand de chaussures, m'est adressé le 29 juin 1906 par mon ami et collègue Riche, pour un épithélioma très étendu



FIG. 1.

de la face. La lésion a débuté au niveau de la tempe droite, il y a un an environ. Traitée sans succès par les rayons X, elle a évolué avec rapidité, car elle occupe au moment de notre examen une surface considérable. La partie antérieure de la tempe est couverte d'une plaque végétante, fissurée,

saignant avec une très grande facilité, au moindre contact, et même chaque fois qu'on soulève le pansement. Cette plaque s'étend jusqu'au cuir chevelu, elle descend jusqu'à l'os malaire, en avant s'arrête à l'apophyse orbitaire externe. Elle est grande comme une pièce de 5 francs, et très manifestement cancéreuse. Mais ce n'est pas là toute la lésion. Autour de cette plaque, et principalement au-dessous, la peau est altérée, malade, envahie au loin, et cette infiltration plus que suspecte s'observe notamment sur une grande



FIG. 2.

partie des régions massétérine et parotidienne. La photographie ci-contre (fig. 1) qui montre nettement la plaque principale, laisse seulement deviner cette zone d'infiltration, mais on peut en avoir une idée d'après la figure 2 représentant la plaie laissée par l'ablation des téguments altérés. Ces altérations, pour étendues qu'elles soient, sont demeurées superficielles, la peau dans les parties atteintes a gardé toute sa mobilité, et l'exploration des régions ganglionnaires ne révèle rien d'anormal.

Le 6 juillet, je pratique sans aucune difficulté l'excision des téguments franchement malades ou suspects ; je supprime donc la peau de la tempe et d'une grande partie de la face (fig. 2). Ligature de quelques artères. Aucune tentative de rapprochement ni d'autoplastie immédiate. La plaie est abandonnée pendant quelque temps à la réparation spontanée, et quand

elle s'est nivelée et un peu réduite, 20 jours après, des greffes dermo-épidermiques sont appliquées sur toute sa surface. Ces greffes ont bien vécu; dans



FIG. 3.

leur intervalle l'épidermisation s'est faite rapidement. Bref, dans le courant du mois d'avril, notre homme était bien guéri (fig. 3). Il l'est resté jusqu'à présent.

Phimosi chez un diabétique.

Par M. MORESTIN.

Le rétrécissement scléreux du prépuce est un accident relativement fréquent chez les glycosuriques et manifestement imputable à l'action de l'urine chargée de sucre, aux fermentations qui se produisent sur les surfaces humectées de liquide sucré et à l'irritation constante et prolongée qui en est la conséquence. Si toutefois ces faits sont connus et aujourd'hui classiques, il est exceptionnel de rencontrer un cas analogue à celui que je vous présente aujourd'hui. Les lésions étaient tellement accentuées que l'ouverture préputiale était réduite à un orifice punctiforme, ne laissant couler l'urine qu'avec une lenteur extrême et au prix d'efforts très pénibles.

Il est vrai que le sujet était depuis sa naissance porteur d'un phimosis, qu'il n'avait jamais pu découvrir le gland en totalité, et qu'il était ainsi prédisposé à l'incommodité qui a nécessité mon intervention.

Le malade, âgé de 38 ans, M. W..., professeur de dessin, m'a été adressé le 31 décembre 1906 par mon ami et collègue de la maison Dubois, M. Hudelo. Le diabète a été reconnu chez lui en 1893 et depuis il a été constamment l'objet d'une surveillance médicale. Il a eu jusqu'à 21 grammes de sucre par litre, mais sous l'influence d'un régime alimentaire bien compris cette quantité s'est considérablement réduite ; à plusieurs reprises elle a augmenté pour décroître ensuite. Actuellement il se trouve dans une période favorable et l'examen des urines ne montre pas de sucre.

W... était porteur d'un phimosis congénital, et n'avait jamais pu découvrir que le tiers antérieur du gland. Il n'en était guère gêné, paraît-il, pour les rapports sexuels. Il s'est marié et il est père de deux enfants. En 1900, au moment d'une recrudescence de sa glycosurie, il s'est aperçu d'une difficulté de plus en plus grande à déplier son prépuce ; en même temps la miction déterminait des sensations de picotements, de légère cuisson. Il n'a eu ni à cette époque, ni antérieurement de chancre induré ou mou. Vers le moment où il notait le rétrécissement graduel de son prépuce, il constatait également la raréfaction puis la disparition chez lui des érections. La déchéance des fonctions sexuelles n'a fait d'ailleurs que s'accroître, et aujourd'hui l'impuissance est avérée et complète.

Petit à petit l'orifice préputial a diminué ; la miction est devenue de plus en plus pénible. W... a essayé de lutter contre cette tendance à la rétraction en se dilatant avec des aiguilles d'os ou d'ivoire, préparées par lui-même. Je vous présente un de ces instruments improvisés, qui paraît d'ailleurs assez approprié au rôle de bougie dilatatrice qu'on lui a fait jouer. En dépit de la répétition de ces manœuvres la sténose a été toujours en s'accroissant. Les difficultés de la miction sont portées à un degré extrême ; quand le malade pisse, l'urine commence par remplir et distendre considérablement la loge préputiale, puis filtre goutte à goutte ou s'écoule par un jet excessivement fin. Pour aider à son expulsion, le sujet presse et manipule le prépuce transformé en poche urinaire. La miction, assez souvent répétée, dure 8 ou 10 minutes.

L'examen de la verge ne révèle d'autre particularité que l'étroitesse de l'orifice du prépuce. Cet orifice est tellement petit que tout d'abord on ne l'aperçoit pas. On ne le découvre qu'à grand-peine, au centre d'une petite surface circulaire d'aspect cicatriciel. Un stylet très mince, après d'assez longs tâtonnements, finit par y pénétrer. A la palpation on sent que l'instrument est enfoncé dans une sorte de noyau dur d'un centimètre de longueur environ.

Le 2 janvier 1907, le malade est opéré à la cocaïne. Je pratique la circoncision qui met à découvert le gland intact, dont le méat est parfaitement normal.

Les suites sont des plus simples, et la guérison est complète au 8^e jour.

Sur la pièce, on constate que le revêtement interne du prépuce est assez

épais, et qu'il l'est d'autant plus qu'on se rapproche de la partie antérieure où apparaît le pertuis minuscule qui donnait issue à l'urine. Celle-ci traversait un canal cicatriciel long de 1 centimètre environ, et large d'environ 1/2 millimètre.

Il s'agit donc d'un rétrécissement relativement étendu et très serré.

Comme nous l'avons dit en commençant, il nous paraît indéniable que la disposition demeurée infantile du prépuce chez ce sujet, a favorisé d'abord et considérablement aggravé ensuite les altérations dues à l'urine diabétique. Peut-être aussi faut-il faire intervenir dans une certaine mesure les traumatismes légers mais répétés que le patient s'est infligés pour dilater son prépuce?

Quoi qu'il en soit, le rétrécissement porté à un tel degré chez ce glycosurique m'a paru un fait curieux et digne d'attirer un instant votre attention.

Leucoplasie vulvaire.

Par M. MORESTIN.

La leucoplasie vulvaire a fait l'objet de plusieurs travaux récents parmi lesquels l'important mémoire de Jayle et Bender (*Revue gynécologique*, 1905).

Il s'agit en effet d'une lésion extrêmement intéressante, dont les rapports avec le kraurosis d'une part (Jayle. *Rev. gyn.*, 1906), avec la lichénification consécutive au prurit (Leredde, *Journal des praticiens*, 1906) d'autre part, méritent d'être étudiés et discutés, dont les relations avec l'épithélioma sont actuellement parfaitement établies, et enfin qui nécessite souvent un traitement opératoire. C'est exclusivement sur ce terrain que je désire me placer en relatant l'observation d'une malade chez laquelle j'ai dû pratiquer une large intervention pour une leucoplasie très étendue s'accompagnant d'un prurit extrêmement pénible.

La malade est d'ailleurs connue de plusieurs membres de la Société; elle a été soignée assez longuement à l'hôpital Saint-Louis, et son histoire a été publiée en partie par M. Marcou dans la *Revue Internationale de Médecine et Chirurgie* (1905).

Agée de 46 ans, cette femme a eu autrefois deux enfants, puis quatre fausses couches, résultant, elle l'avoue, de manœuvres abortives. C'est une nerveuse, un peu inconsciente, très agitée et très bizarre, médiocrement sociable. Elle ne paraît pas avoir eu la syphilis, du moins rien dans son passé, ni d'après l'examen de son état actuel ne permet d'en relever aucun indice.

En 1901, elle a commencé à souffrir de démangeaisons vulvaires au niveau de la grande lèvre du côté gauche. On lui a fait des lotions au protargol, des applications de teinture d'iode, des attouchements avec une

solution de bichromate de potasse sur une plaque blanche révélée dès les premiers examens.

En 1904, elle a subi un traitement radiothérapique qui a fait rétrocéder la leucoplasie; elle a été soumise en outre aux courants de haute fréquence qui ont calmé les démangeaisons.

Mais celles-ci ont reparu au bout d'un temps très court, et n'ont pas cessé d'être très intenses, surtout pendant la nuit, surtout quand la malade est couchée. Elles sont réveillées par le moindre attouchement. La malade s'est, pour cette raison, interdit tout rapport sexuel. La miction est aussi une cause provocatrice du prurit; pour en atténuer les effets à ce point de vue, elle urine dans un bain ou dans un bidet plein d'eau.

L'examen de la vulve montre des altérations remarquables et considérablement étendues de son revêtement cutanéomuqueux, altérations prédominantes dans la moitié gauche où elles ont débuté. Toute la face interne de la grande lèvre gauche, toute la petite lèvre gauche, la fourchette, la plus grande partie de la petite lèvre droite et la face interne de la grande, toute la muqueuse du vestibule jusqu'aux caroncules sont couvertes de plaques blanchâtres, d'un blanc plus ou moins éclatant, absolument comparable à la leucoplasie linguale. Ces plaques sont incorporées au derme, elles résultent d'une modification du revêtement muqueux, qui offre à la pression une certaine résistance, comparable à celle d'un cuir assez souple. A la surface de certaines plaques, sur la moitié gauche de la grande lèvre notamment, on note quelques productions papillomateuses, présentant une teinte rougeâtre ou d'un gris rosé. Il ne semble pas cependant qu'il s'agisse là d'épithélioma; en aucun point, on ne trouve rien qui offre les caractères bien nets de l'épithélioma. Sur le contour de la vulve et le périnée, aux limites des plaques blanches, on voit un liséré rouge en relief, liséré qui entre l'anus et la vulve devient une large bande, au niveau de laquelle la peau est extrêmement irritée et excoriée. Plus excentriquement encore, autre liséré, celui-là blanc et plus large, large de 1 à 2 centimètres, où la peau est décolorée, dépigmentée et lisse.

Le vagin est absolument indemne. L'utérus est également sain, ainsi que les annexes. Il n'y a pas de vaginisme, et non plus aucune tendance à la coarctation de l'anneau vulvaire. Le clitoris, l'orifice de l'urèthre et la zone intermédiaire sont sains.

Le 8 décembre, je pratiquai l'extirpation des lésions, c'est-à-dire l'ablation du revêtement cutanéomuqueux de la vulve presque en totalité, jusqu'aux caroncules. Pour cela, je traçai deux incisions curvilignes dessinant une sorte de grand croissant dont les deux pointes dirigées en avant répondaient à la partie tout antérieure des grandes lèvres. L'incision externe descendant sur la face externe des grandes lèvres venait passer transversalement au-devant de l'anus; l'autre longeant le clitoris et passant à 1 centimètre de l'orifice uréthral, gagnait le plan des caroncules myrtiliformes qu'elle suivait sur le contour presque entier de l'orifice vulvo-vaginal. Toute la partie comprise entre ces deux incisions fut disséquée avec soin et excisée.

L'extirpation faite, nous nous trouvons en présence d'une vaste plaie, dont la réparation semblait au premier abord offrir des difficultés. Je

commençai par libérer la peau autour de la plaie, faisant ce décollement à droite et à gauche jusqu'à 6 ou 7 centimètres.

Puis le vagin fut désinséré, décollé, en arrière et sur les côtés, mobilisé. Il se laissa docilement attirer, étaler, éverser, et je pus assez aisément suturer à la peau la muqueuse vaginale en arrière et latéralement. En avant je pus réunir directement les bords de la plaie, au niveau de chacune des pointes du croissant qu'elle figurait.

Les suites ont été très satisfaisantes. Quelques fils ont coupé en arrière; mais néanmoins la réunion du vagin à la peau s'est effectuée primitivement d'une façon à peu près complète. Les petites portions où la réunion d'emblée n'avait pas été obtenue, se sont cicatrisées secondairement dans un court délai — puisqu'à la fin de décembre la guérison était complète.

La malade a quitté la maison Dubois le 2 janvier. Depuis l'opération, elle se porte bien, elle n'a plus eu de démangeaisons, elle urine sans appréhension; le sommeil est revenu. La vulve, simplifiée par l'opération, ne paraît pas pour cela mutilée. Les grandes lèvres ont été en partie reconstituées et l'ensemble n'offre rien de trop anormal ni de choquant.

Je voulais surtout, en signalant ce bon résultat, insister sur la facilité relative avec laquelle j'ai pu combler la perte de substance par mobilisation du vagin et des téguments.

C'est là un point assez important, car on s'accorde de plus en plus à considérer les leucoplasies comme des lésions toujours inquiétantes, constituant une grave menace de cancérisation plus ou moins prochaine et à conseiller leur ablation précoce. Dans le cas particulier de localisation vulvaire, le prurit tenace qui les accompagne ordinairement et tourmente si fortement les malades rend l'indication plus nette et plus pressante encore.

M. LEREDDE. — Je ne crois pas qu'il soit possible d'assimiler à la leucoplasie linguale les cas analogues à celui que présente M. Morestin. Dans les faits publiés sous le nom de leucoplasie vulvaire, il y a surtout des transformations lichéniennes de la vulve.

M. MORESTIN. — Aussi n'ai-je pas le désir de discuter la pathogénie, mais seulement de signaler un fait, de le classer cliniquement et d'en indiquer la thérapeutique chirurgicale possible.

Sur une asphyxie locale des extrémités avec sphacèle des oreilles.

Par MM. H. HALLOPEAU et LASNIER.

Ces accidents se produisent le plus souvent du côté des extrémités digitales. — Le malade que nous avons l'honneur de vous présenter montre que les oreilles sont susceptibles d'en être affectées exclusivement; son observation peut être résumée ainsi qu'il suit:

Le nommé M... est âgé de 38 ans.

Il n'a eu aucune maladie antérieure, sauf, dans la seconde enfance, des convulsions et une paralysie oculaire.

Le malade vient nous consulter pour des lésions du pavillon de l'oreille, existant de chaque côté et ayant entraîné une perte de substance de l'hélix.

La maladie a débuté, il y a 4 ans, en hiver, par une engelure intéressant le bord postérieur du pavillon de l'oreille, dans sa partie supérieure surtout; la peau devient d'un rouge violacé; elle est le siège d'une cuisson très vive. Aussitôt que la température s'élève, les lésions évoluent vers la guérison qui est complète en été.

Les mêmes accidents se sont renouvelés chaque hiver; il s'y est ajouté cette année une perte de substance.

Le malade présente actuellement, du côté gauche, une destruction de la partie supérieure du bord postérieur du pavillon qui, au lieu de décrire une courbe à convexité postérieure, est au contraire creusée, concave.

La peau y est rouge, luisante, et le siège de cuissons d'autant plus vives que la température est plus basse.

Du côté droit, la perte de substance est moins étendue, mais le bourrelet du pavillon est néanmoins complètement détruit à sa partie supérieure.

On a prononcé, en voyant ce malade, le nom de *lupus pernio*; nous ne croyons pas qu'il soit ici justifié: en l'absence de toute infiltration nodulaire, il nous paraît difficile d'admettre l'existence d'un *lupus*; l'ensemble des phénomènes s'explique d'ailleurs par l'asphyxie locale.

La nature de l'état morbide désigné sous ce nom a été dans ces derniers temps l'objet de controverses. Notre excellent collègue Marcel Sée, en particulier, a soutenu, dans son remarquable article de la *Pratique dermatologique*, que les troubles de la circulation et de la nutrition sont dus en réalité à des intoxications et il relègue au second plan les troubles de l'innervation.

L'histoire de ce malade n'est pas d'accord avec cette interprétation; nous ne trouvons en effet chez lui, en dehors de l'acoolisme trop banal pour être mis en cause, aucune source d'intoxication; au contraire, il s'agit d'un nerveux; nous en avons pour témoignages les convulsions qu'il a eues dans son enfance; nous croyons donc qu'il faut nous en tenir à l'explication physiologique qu'a donnée Maurice Raynaud de la maladie qu'il a si bien décrite.

**Sur un cas de groupements comédoniens du cuir chevelu,
type clinique nouveau.**

Par MM. H. HALLOPEAU et BERTANT.

Nous n'avons pu observer que passagèrement ce malade: il présente sur le cuir chevelu 3 placards d'un rouge sombre; deux d'entre eux sont irrégulièrement circulaires; l'autre est rubanné; ce dernier mesure environ 2 cen-

timètres de longueur sur 1 de largeur. Ils sont constitués surtout par des agglomérations de larges comédons, avec dilatation des orifices pilo-sébacés sur un fond rouge, sans aucune saillie; ces lésions ont apparu il y a quelques mois et ont lentement progressé. En l'absence de biopsie et d'examen histologique, nous ne ferons que signaler ce type clinique différent de l'acné et du lupus érythémateux et non signalé jusqu'ici à notre connaissance.

**Sur une forme ortiée persistante, circonnée et eczématiforme
de mycosis fongoïde.**

Par M. H. HALLOPEAU.

Voici encore un exemple remarquable du singulier polymorphisme qui appartient au mycosis fongoïde.

M. C..., âgé de 50 ans, est atteint, depuis environ 6 ans, d'une dermatose qui se traduit surtout par des élevures ortiées, des plaques circonnées, et des lésions eczémateuses; ne l'ayant observé que très passagèrement, nous ne pouvons en donner l'histoire complète.

Les plaques ortiées siègent actuellement au tronc, aux membres supérieurs et aux fesses: ce sont des élevures rouges, à contours géographiques; le malade y accuse des sensations pénibles de prurit.

Certaines d'entre elles sont irrégulièrement circulaires; leurs dimensions varient de celles d'une lentille à celles d'une pièce de 2 francs; d'autres placards sont distribués en fragments de cercle; l'un d'eux forme un arc de 8 centimètres de longueur; le rayon du cercle qu'il dessine peut être évalué à environ 3 centimètres; son diamètre est d'un centimètre; ces lésions persistent depuis plusieurs mois dans la même région; l'aire circonscrite est d'un rouge moins intense; l'épiderme y est légèrement plissé; l'arc est surmonté dans une partie de son parcours par une saillie nodulaire recouverte d'une croûte: ces saillies se retrouvent sur une partie de ces plaques arciformes.

Les lésions *circonnées* diffèrent des précédentes: elles sont planes, de forme arrondie ou ovale, et circonscrites par un rebord légèrement croûteux d'environ 6 millimètres de diamètre; l'aire ainsi délimitée est d'un rouge pâle; ces lésions offrent une frappante analogie avec des plaques de trichophytie cutanée; on les trouve en abondance sur le tronc et les cuisses.

Enfin, les jambes sont le siège d'une éruption vésiculeuse suintante qui ne diffère pas par ses caractères cliniques de l'eczéma vulgaire.

Les plaques ortiées deviennent plus élevées sous l'influence des excitations mécaniques; parmi leur localisation, nous citerons les espaces intercostaux, dont plusieurs d'entre elles suivent le trajet, et le pli interfessier; leur résistance au toucher est remarquable. Les ganglions inguinaux et axillaires sont tuméfiés.

Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de voir le malade depuis 2 ans: son état s'est sensiblement amélioré sous l'influence d'un traitement par les rayons X mis en pratique par M. Leredde.

Ce qui nous autorise, malgré l'absence de biopsie, à affirmer ici le diagnos-

tic de mycosis fongoïde, c'est la forme des placards persistants d'urticaire; ils présentent en effet une configuration semblable à celle de placards mycosiques moulés par Baretta, le polymorphisme chez un même sujet est également un des caractères de cette maladie.

On sait, de longue date, nous en avons nous-même publié des exemples, qu'il peut y exister des lésions ortiées, mais elles n'y sont pas d'ordinaire persistantes. Les *plaques circinées trichophytoïdes* n'y avaient pas, à notre connaissance, été indiquées: *ce fait présente donc deux particularités nouvelles qui sont, d'une part, les plaques d'urticaire persistante en forme d'arc ou de fer à cheval, et, d'autre part, les plaques circinées ou ovalaires ressemblant à celles de la trichophytie cutanée.*

Sur une desquamation en masse des régions plantaires dans un cas de syphilis secondaire.

Par MM. H. HALLOPEAU et LASNIER.

On connaît de longue date les hyperplasies que présente partiellement la couche cornée de l'épiderme plantaire dans les syphilis secondaires tardives et dans les tertiaires: l'étude du malade que nous avons l'honneur de vous présenter montre qu'il existe chez lui des altérations très analogues, mais qui, avec des caractères particuliers, sont survenues dans les premiers temps de la période secondaire; nous résumerons ainsi qu'il suit son observation :

Le nommé J..., âgé de 33 ans, mécanicien, entre le 14 janvier 1907, salle Bazin, lit n° 130.

Le malade a contracté un chancre induré du gland en octobre dernier, avec adénopathies inguinales.

La roséole passe inaperçue, mais bientôt surviennent des lésions buccales et simultanément l'épiderme de la plante des pieds s'épaissit, il s'y forme des écailles assez épaisses, qui bientôt desquament en larges lambeaux.

En même temps, disparaissent des sueurs abondantes des pieds qui incommodaient le malade auparavant.

Lors de son entrée à l'hôpital, *la face plantaire de chaque pied* est recouverte, *dans toute son étendue*, de larges et très épaisses squames faisant comme une semelle sous chaque pied; de plus, du côté gauche, on voit 2 ulcérations larges comme des pièces de 50 centimes, l'une au talon, l'autre au niveau de la tête de la 1^{re} phalange du gros orteil; leur surface est grisâtre, elles sont très douloureuses à la moindre exploration, et en même temps le siège de douleurs spontanées lancinantes, surtout la nuit.

Les syphilides ulcéreuses qui se sont développées sur la lèvre supérieure, à la limite de la muqueuse et de la peau, ont les dimensions d'un pois; on en compte 3; elles sont recouvertes de croûtes épaisses.

Sur les deux jambes, il s'est développé des syphilides papulo-squameuses, Les amygdales sont le siège de plaques muqueuses.

Sous l'influence d'un traitement général par les frictions mercurielles, et

local par les pansements avec la solution de sublimé au 1/5 000, ces lésions se sont atténuées.

Actuellement, toute la partie médiane de la plante des pieds est débarrassée de ses lames cornées; elle présente une coloration rosée avec un épiderme mince et lisse; les squames épaisses qui continuent à recouvrir le talon et le devant du pied encadrent cette région; les ulcérations se sont cicatrisées.

Ce qu'il y a de remarquable dans ce fait, c'est la généralisation de l'exfoliation de l'épiderme à toute l'étendue des régions plantaires et sa chute en énormes lambeaux dans toute la partie centrale de ces régions où elle laisse un jeune épiderme rosé et lisse; il en résulte un aspect étrange que nous avons demandé à M. Baretta de bien vouloir reproduire.

D'autre part, nous ferons remarquer qu'il est singulier de voir cette manifestation secondaire se généraliser à toute l'étendue des surfaces plantaires comme si des syphilomes en large nappe s'y étaient développés; ce n'est pas ce que l'on observe généralement dans la syphilis acquise. Il s'agit bien cependant d'une manifestation de cette maladie, car il n'existe chez cet homme aucune autre cause de desquamation étendue; la localisation exclusive des lésions squameuses dans les régions plantaires et la persistance de la desquamation élimine l'hypothèse d'une manifestation scarlatineuse et, d'autre part, les ulcérations de la même région coïncidant avec les autres lésions indiscutables de syphilis ont une valeur décisive en faveur de cette interprétation.

On peut donc conclure de ce fait qu'*au début de la syphilis secondaire, les plantes des pieds peuvent être le siège d'une altération uniformément généralisée qui se traduit par l'exfoliation massive de tout leur revêtement épidermique.*

Sur une érythrodermie mycosique avec nodosités sous-cutanées.

Par MM. H. HALLOPEAU et LASNIER.

Ce troisième cas de mycosis présenté dans cette séance diffère complètement des deux autres par ses caractères cliniques.

Ce malade offre les caractères essentiels du type morbide que notre éminent collègue Besnier et l'un de nous ont fait connaître en 1892 au Congrès dermatologique de Vienne, avec une particularité nouvelle.

Son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

Le nommé B..., âgé de 55 ans, cocher, entre fin décembre 1906, salle Vidal, lit n° 98.

C'est un homme vigoureux qui a toujours joui d'une excellente santé. Son père est mort vers 60 ans, d'une maladie nerveuse ; sa mère est morte vers 40 ans, d'un cancer abdominal.

Il y a un an environ, c'est-à-dire en janvier 1906, le malade, après avoir ressenti quelques douleurs articulaires, fut incommodé par un prurit généralisé non accompagné de rougeur de la peau. Ces accidents disparurent assez rapidement, et n'attirèrent guère l'attention du malade.

En mai, le prurit reparut, devint continu, généralisé, intense avec paroxysmes.

Peu à peu, la peau s'épaissit au niveau, d'abord du scrotum et de la face interne des cuisses, puis de l'abdomen, et enfin, sur toute la surface du corps ; en même temps elle augmenta de consistance ; le plissement en était difficile. Concommément, apparurent des plaques rouges sur les cuisses et sur la partie inférieure de l'abdomen ; elles ne tardèrent pas à se réunir, puis à devenir confluentes, bientôt la rougeur se généralisa à toute la surface cutanée, augmentant ou s'atténuant beaucoup par instants.

En novembre et décembre 1906, se produisit une série de petits abcès au niveau des jambes, des cuisses, et du bras droit ; ils s'ouvrirent spontanément et guérèrent vite.

Les ganglions des régions axillaires et inguinales se tuméfièrent.

Actuellement, le prurit est toujours intense et généralisé. Il est continu, mais, par moment, il acquiert une violence excessive et mérite la qualification de *ferox*.

Le malade use ses ongles, tant il se gratte.

De plus, la peau de tout le corps est considérablement épaissie et résistante ; elle ne se laisse pas plisser ; elle paraît rude et sèche ; cependant des sueurs profuses incommode le malade par instants, surtout la nuit.

La peau est rouge, et cette rougeur, qui est variable suivant les moments, est généralisée si bien que le corps présente une teinte uniforme.

La peau du visage ne semble pas encore envahie ; cette région n'est nullement déformée.

Les poils des aisselles et du pubis sont tombés.

Les cheveux sont conservés sur les parties latérales de la tête, mais, dans la région occipitale, ils sont raréfiés en foyers, et cette disposition rappelle un peu l'aspect en clairière de l'alopecie syphilitique, quoique ici les flots soient plus larges.

Le bord libre des ongles est complètement usé, concave même, et le lit unguéal forme comme un bourrelet dépassant la couche cornée. Celle-ci ne mesure guère plus de 8 à 10 millimètres de hauteur. Sa surface est remarquablement polie et brillante.

L'épiderme de la paume des mains est épais, squameux et fendillé ; ces altérations s'étendent à la face palmaire des doigts, surtout au pourtour des plis articulaires.

Sur le dos des pieds, la peau est très plissée, épaissie et d'aspect lichénoïde.

Les jambes sont tuméfiées et le doigt produit le godet de l'œdème à la face interne du tibia. La peau des cuisses est le siège de nombreux sillons parallèlement dirigés de haut en bas et de dehors en dedans.

Les ganglions axillaires et inguinaux sont tuméfiés. De plus, vers le milieu de décembre 1906, se sont développées des nodosités sous-cutanées.

Au niveau de la région abdominale, on sent, en partant du bord inférieur de la 10^e côte et descendant vers le bord externe du muscle droit, sur une longueur de 6 à 8 centimètres, une série de ces nouures, les unes adhérentes au derme, les autres indépendantes, grosses comme de petites noisettes ou des pois. Quelques-unes s'alignent sans intermédiaires, formant comme une traînée inflammatoire. Elles communiquent une teinte rouge plus foncée à la peau ; elles sont complètement indolores.

Ces jours derniers, des nodosités analogues se sont manifestées au-dessus de la région inguinale droite. L'une d'elles nous paraît être un ganglion du volume d'une petite noix ; les autres, dirigées transversalement de dehors en dedans, s'étendent jusqu'au voisinage de la face postérieure de la cuisse, formant comme une bride très allongée, de 10 centimètres environ de longueur, sur 2 centimètres de large. Elle est légèrement sensible à la pression et adhérente au derme. A sa partie interne, sa largeur diminue, et elle ne donne plus au doigt que la sensation d'un gros porte-plume.

Au début, les lésions ont été partiellement suintantes et l'on a pu croire à un eczéma généralisé ; mais bientôt, l'épaississement de la peau, sa sécheresse, la violence frénétique du prurit, les usures unguéales, la chute partielle des poils, les adénopathies multiples ont rendu indiscutable le diagnostic que l'examen histologique, pratiqué après biopsie par M. Gastou, est venu confirmer, malgré les anomalies que présentent les altérations.

Nous insisterons sur *l'aspect tout particulier des ongles* avec leur surface brillante comme de l'ivoire et l'usure de leur bord libre.

A noter également, comme dans nos observations de 1892, *l'absence complète de prurigo* malgré l'intensité et la constance du grattage.

Comme particularité nouvelle, nous signalerons seulement les groupes de nodosités sous-cutanées qui se sont développées en série dans les régions abdominales et crurales.

Ces petites nouures, arrondies, indolores, disposées dans l'hypoderme en traînées arciformes ou longitudinales, n'ont été signalées, à notre escient, dans aucune autre maladie. C'est une nouvelle addition au tableau symptomatique si complexe des mycosis. Dans un cas douteux, elles pourraient servir à son diagnostic : elles montrent que l'agent infectieux encore inconnu qui, en toute évidence, en est la cause prochaine, pénètre dans l'hypoderme.

Nous mentionnerons enfin *la série de suppurations anthracoides* qui se sont succédé chez ce malade ; déjà, ce fait s'était produit dans le cas de Vidal : *la peau offre donc, dans cette forme de mycosis, un terrain de culture favorable au développement des microbes pyogènes.*

Examen histologique.

Par M. GASTOU.

Deux fragments ont été prélevés, l'un au niveau du chapelet noueux que présente le malade près du sternum, le second dans la région abdominale droite.

Fixation au sublimé acétique, inclusion à la paraffine, colorations habituelles (Hématoxyline-éosinée, van Gieson, bleu polychrome, Gram, etc., etc.)

Le fragment sternal montre une prolifération papillomateuse de l'épiderme, une hyperkératose très accentuée. Au-dessous de l'épiderme, dans la région du derme, existent les mêmes lésions que l'on trouve dans le fragment abdominal. Au-dessous de la région papillaire le derme et l'hypoderme sont très épaissis; les faisceaux conjonctifs et élastiques ont subi une hypertrophie considérable, par places les éléments conjonctifs ont subi un tel développement qu'il semble qu'on soit en présence d'un fibrome: cette structure explique la sensation de dureté que donne au toucher le chapelet noueux.

Le fragment sternal a la structure du précédent, la même constitution fibromateuse dans la profondeur. Voici le détail des lésions:

Épiderme. — L'épiderme n'a d'altérations manifestes, à part l'hyperkératose totale donnant lieu aux prolongements papillaires, que dans la couche cornée. La couche granuleuse, par places, est réduite à une assise de cellules, dans les autres points elle est normale. La couche cornée dans son ensemble est comme œdématisée, donnant l'impression du revêtement d'une muqueuse dermo-épidermique. Les cellules attenant à la couche granuleuse sont vacuolaires, par places spongieuses; en deux ou trois points on a l'aspect vésiculaire.

On note la présence de cellules cornées à noyaux. Dans les autres parties de l'épiderme il n'y a pas d'autres altérations et aucune infiltration.

Région papillaire. — La région papillaire est œdémateuse, peu infiltrée, on note la présence d'un réticulum à filaments épais. Ces filaments correspondent à des capillaires ou partent d'eux. Le long de ces filaments, comme d'ailleurs autour des vaisseaux, toutes les cellules d'origine ou de nature conjonctive ont proliféré. Mais il n'y a pas de nodules d'infiltration leucocytaire.

Derme. — C'est dans le derme que prédominent les altérations. On y trouve des masses nodulaires. Ces masses sont formées de vaisseaux, de capillaires atteints d'endo-vascularite, et autour des vaisseaux se groupent des cellules.

Ces cellules sont pour la plupart de nature conjonctive, de sorte qu'il n'y a pas, à proprement parler, d'infiltration, mais une prolifération de tous les éléments conjonctifs: faisceaux et cellules.

On note en effet dans les nodules:

- 1° Le long des capillaires et autour des vaisseaux, des cellules allongées à noyau ovoïde;
- 2° Des cellules en petit nombre ayant les caractères des plasmazellen;
- 3° De nombreuses cellules allongées à noyau plat et effilé;
- 4° Quelques mononucléaires;
- 5° Dans les vaisseaux des polynucléaires;

6° Une quantité considérable de mastzellen entourant ou longeant les vaisseaux.

Hypoderme. — Ici on note l'hypertrophie déjà signalée dans le fragment sternal et de place en place des traînées de cellules conjonctives analogues à celles des masses du derme.

En résumé : des lésions constatées dans la coupe on peut conclure à l'existence d'une affection localisée au tissu conjonctif et atteignant tous ses éléments : vaisseaux, cellules, faisceaux.

L'absence d'éléments cellulaires d'infiltration différencie cette affection de toutes les maladies infectieuses ou spécifiques, en particulier de la syphilis et de la tuberculose.

De toutes les affections cutanées c'est encore du mycosis que l'affection actuelle se rapproche le plus par ses lésions. Mais il s'agit là d'une forme histologique toute spéciale, à la fois eczématiforme et lichéniforme d'érythème mycosique.

Éruption chez un vanilleur.

Par MM. GAUCHER et MALLOIZEL.

L'examen d'un malade, soigné récemment à la polyclinique du service, et son interrogatoire nous permettent d'émettre quelques hypothèses sur l'origine de certaines éruptions vanilliques.

Cet homme travaille depuis plus de 8 ans au nettoyage des vanilles brutes. Il a eu une éruption analogue à celle qu'il porte il y a 4 ans, qui a guéri très vite par les bains d'amidon.

L'éruption qu'il présente actuellement et qui a débuté il y a 2 jours, siège sur la poitrine, sur les sourcils et autour du nez. Elle est caractérisée essentiellement par un fond érythémateux, sur lequel on voit des éléments papuleux, légèrement acuminés, ressemblant au lichen péripilaire.

Elle est extrêmement prurigineuse. Son apparition a été précédée de bouffées de chaleur, de malaise, d'anorexie, de céphalée, symptômes qui ont vite disparu.

Interrogé sur les origines de cette éruption, notre malade l'attribue sans hésitation au *formol*, qui est en usage dans la plupart des vanilleries pour empêcher la pullulation des moisissures. Les vanilles avariées sont lavées et brossées avec une solution de formol du commerce dilué à 5 p. 100. De plus, les têtes des gousses sont badigeonnées de formol pur.

Jamais le malade n'a vu d'accidents analogues chez les ouvriers qui manipulent les vanilles non formolées. Les seuls atteints sont les hommes employés comme lui au nettoyage et les femmes qui mettent les gousses en paquets. Chez les hommes, qui travaillent avec des gants, l'éruption ne se développe pas aux mains, mais à la poitrine et sur la face. (Les ouvriers se frottent fréquemment le visage avec leurs gants à cause de la poussière.) Les femmes au contraire, qui n'ont pas de gants, ont de plus une éruption

analogues sur les mains et les avant-bras. Elle serait fréquemment, chez elles, accompagnée d'œdème local aux mains et au visage.

Notre malade paraît très affirmatif en attribuant au formol l'origine de ses maux. Autrefois, il incriminait les moisissures; mais l'éruption se développe aussi bien chez les femmes qui ne manipulent que les vanilles nettoyées. Tous ses camarades ont aussi, dit-il, la même opinion. Il nous a paru intéressant de signaler cette origine possible de certaines éruptions vanilliques.

Chancres mou de la main.

Par MM. DANLOS et DEROTÉ.

Un homme de 24 ans qui présentait depuis un mois une couronne de chancres mous typiques, au niveau du sillon balano-préputial, a vu se développer depuis 10 jours, sur la base de l'annulaire de la main droite, une ulcération ayant également l'aspect d'un chancre mou. Cette ulcération, large comme une pièce de 1 franc, s'est accompagnée presque d'emblée d'un bubon cubital suppuré très volumineux.

L'examen bactériologique du liquide chancereux et du pus du bubon, fait par M. Rubens Duval, a été négatif. L'inoculation à la main s'est produite à la faveur d'érosions professionnelles.

Plaque d'atrophie cutanée.

Par MM. DANLOS et DEROTÉ.

Une jeune fille de 16 ans présente sur la région scapulaire droite une plaque atrophique, plus grande que la paume de la main, à limites assez nettes. Ces limites sont plus sensibles à la vue qu'au toucher. Une brusque décoloration sans dépression visible ou palpable (sauf sur un point circonscrit) signale la zone atrophique. Le fond de celle-ci est lisse, uni, non cicatriciel. Sa blancheur mate tranche sur la peau saine et est parsemée d'une multitude de petites taches rouges lenticulaires qu'on semble voir par transparence et qui ne disparaissent pas complètement par la pression. L'atrophie cutanée se caractérise au palper par la minceur extrême de la peau qui a perdu, en outre, à ce niveau sa doublure graisseuse. La sensibilité au contact léger et à la chaleur est conservée; la pression lente est indolore, mais un pincement brusque détermine une douleur assez vive dans toute la superficie de la plaque.

Cette atrophie s'est développée à l'insu de la malade; on la lui a fait remarquer il y a 6 ans environ et elle ne peut donner aucun renseignement sur la façon dont a débuté la lésion. Peut-être y a-t-il lieu de croire à l'existence antérieure d'une plaque de morphee; mais l'absence absolue de tout renseignement digne de confiance oblige à une grande réserve.

Aucune plaque analogue sur le reste du corps. Santé généralement bonne. Pas de tare syphilitique ou tuberculeuse appréciable. Une légère scoliose à concavité latérale droite, avec saillie de l'omoplate, est la seule lésion concomitante.

Nouvelle note sur un cas de parapsoriasis. Réaction à la tuberculine. Examen histologique.

Par M. MILIAN.

Conformément à mon intention première, j'ai continué l'étude du malade atteint de parapsoriasis que j'ai présenté à la Société de dermatologie au mois de janvier dernier.

Le 8 janvier, à 11 heures du matin, je lui injectai 1^{mm}_s,5 de tuberculine. Ainsi qu'on peut le voir sur la courbe ci-contre, la réaction fut positive. A minuit, la température montait à 37°,6, le lendemain à

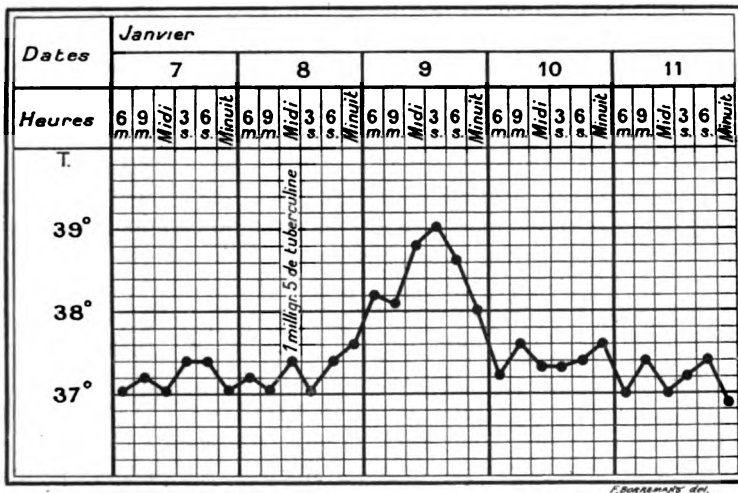


FIG. 1.

9 heures à 38°,4 et à 3 heures du soir atteignait 39°,2 pour redescendre à la normale le lendemain matin. La fièvre s'est accompagnée de céphalée, d'insomnie, de fatigue générale. La piqûre elle-même a été douloureuse et l'était encore le surlendemain 10 janvier.

Aux flancs et dans le dos, je voyais le 10 janvier, une éruption très démangeante apparue la veille, rouge vif, douce au toucher, formée d'éléments papuleux, souvent confluents, jusqu'à former placard sur lequel existaient des intervalles de peau saine. L'éruption ressemblait un peu à celle de la rougeole, avec la distribution en moins.

Le 11 janvier les phénomènes généraux étaient tombés, mais l'éruption était plus accusée. Celle-ci disparut les jours suivants, mais l'éruption primitive de parapsoriasis resta plus marquée pendant une quinzaine de jours. Aujourd'hui, elle est absolument identique à ce qui existait le jour de l'entrée du malade. La tuberculine n'a donc eu aucune action thérapeutique.

Examen histologique de la biopsie faite sur un des éléments du dos le 21 décembre 1906 (C-56). — L'élément biopsié était arrondi, nettement érythémateux avec squame commençante à peine visible.

A un faible grossissement, on constate immédiatement :

- 1° Une sclérose diffuse du derme profond et du derme papillaire ;
- 2° Des infiltrats cellulaires peu abondants du derme papillaire ;
- 3° Des vaisseaux dilatés dans cette même région papillaire ;
- 4° Quelques altérations épidermiques consistant surtout en l'amincissement du corps muqueux au niveau de papilles allongées et en irrégularité de disposition de la couche germinatrice.

Reprenons chacun de ces éléments :

1° *La sclérose du derme profond* est très accentuée. Elle est formée de gros faisceaux conjonctifs colorés en rouge vif par le van Gieson. Ces faisceaux, au lieu d'être dirigés parallèlement à la surface de la peau, sont souvent disposés en faisceaux en tourbillons séparés par de nombreuses fentes longitudinales ou plus souvent incurvées, ou sinueuses, ou bifurquées et bordées de place en place par des cellules conjonctives ou endothéliales. Ces fentes, d'ailleurs assez larges, donnent au tissu l'apparence craquelée. Elles ne paraissent pas être des artifices de préparation, mais bien des vaisseaux lymphatiques dilatés. Les faisceaux conjonctifs sont séparés de place en place par des cellules conjonctives bien colorées et un peu hypertrophiées. Ils sont en général luisants et réfringents. Cet état s'accroît par places jusqu'à former des blocs vitreux où la dégénérescence hyaline est évidente.

Les fibres élastiques (colorant de Weigert), loin d'avoir suivi une multiplication parallèle, paraissent diminuées. En quelques points où l'état vitreux du tissu conjonctif est très accentué, elles disparaissent même presque complètement.

La sclérose est très marquée autour du cul-de-sac des glandes sébacées, dans sa membrane conjonctive.

La sclérose du derme papillaire est bien plus délicate. Elle apparaît d'une couleur rouge rosé beaucoup plus vif, car dans le derme profond les régions vitreuses tendent au jaunâtre.

Elle s'étend d'une manière uniforme dans tout le derme papillaire et jusqu'au sommet des papilles, sans être systématisée autour des vaisseaux.

Les cellules conjonctives y sont hypertrophiées et modérément hyperplasiées. Certaines possèdent un noyau bi-, tri- ou multilobé et contourné.

2° *Infiltrats cellulaires du derme papillaire.* — Outre les cellules conjonctives ci-dessus, on rencontre de place en place, mais assez rarement, des polynucléaires qui sont manifestement en voie de fixation, ainsi qu'en témoignent l'étirement de leur noyau et la coloration foncée de celui-ci.

Il existe des infiltrats cellulaires autour des vaisseaux du derme, en très petite quantité dans le derme profond, en grande abondance dans le derme papillaire.

Ces infiltrats sont composés surtout de cellules conjonctives à noyau ovoïde volumineux, clair et granuleux, ayant tendance à former des cellules épithélioïdes, puis des cellules conjonctives à noyau allongé et opaque, de quelques polynucléaires en voie de fixation; on rencontre beaucoup plus rarement, très rarement même, une plasmazelle ou une cellule embryonnaire.

Au niveau des papilles jusque sous l'épiderme, l'infiltrat peu serré, plus diffus, est composé presque uniquement de cellules conjonctives des deux variétés ci-dessus décrites, et de leucocytes polynucléaires étirés avec les mêmes altérations que ci-dessus.

3° Les *vaisseaux* sont dilatés dans les papilles, entourés d'infiltrats mais non de fibres conjonctives.

4° L'*épiderme* présente un certain nombre d'altérations intéressantes. La limite au niveau de la membrane basale est inégale. Les cellules du *stratum germinativum* sont effilées, comme on l'observe dans les kératomes séniles préépithéliaux. L'*état vacuolaire périnucléaire* est fréquent. Enfin, on trouve de temps en temps dans le corps muqueux de Malpighi des cellules à kératinisation prématurée donnant l'aspect de pseudo-coccidie : bloc amorphe coloré en jaune rougeâtre par l'éosine, présentant un noyau atrophié le plus souvent périphérique, bloc inscrit dans une cavité qu'il ne remplit pas entièrement.

Le Secrétaire,

E. LENGLET.

CORBEIL. — IMPRIMERIE ÉD. CRÉTÉ.

SÉANCE DU 7 MARS 1907

Présidence de M. H. Hallopeau.

SOMMAIRE. — Épithélioma étendu de la face. Ablation; application secondaire de greffes dermo-épidermiques, par M. MORESTIN. (Discussion : MM. DANLOS, DE BEURMANN, LENGLET, CHARMEIL, GASTOU.) — Adénite cervicale tuberculeuse extirpée par l'incision esthétique rétro-auriculaire, par M. MORESTIN. (Discussion : M. HALLOPEAU.) — Volumineux angiome de la face chez une négresse, par M. MORESTIN. (Discussion : MM. HALLOPEAU, DANLOS.) — Cancer du pharynx chez une femme atteinte antérieurement d'accidents tertiaires pharyngés, par M. MORESTIN. (Discussion : M. HALLOPEAU.) — Eczéma avec kératodermie palmaire et plantaire, par MM. BALZER et MERLE. — Psoriasis atypique; localisation sur la muqueuse des lèvres et peut-être sur la muqueuse linguale, par MM. BALZER et MERLE. (Discussion : MM. BÉNARD, HALLOPEAU, BALZER.) — Malade atteint simultanément d'une éruption spécifique et d'un lichen scrofulosorum, par M. RENAUULT. (Discussion : MM. DANLOS, DÉHU.) — Syphilis secondaire rebelle au mercure, survenant par poussées cutanées accompagnées d'accidents méningés, par MM. GAUCHER et MALLOIZEL. (Discussion : M. DANLOS.) — Note sur un nouveau cas de sporotrichose hypodermique, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. (Discussion : MM. GAUCHER, MONIER-VINARD, GASTOU, BAUDOUIN, DE BEURMANN.) — Évolution et examen histologique de l'éruption psoriasiforme par tuberculine, présentée à la dernière séance, par M. MILIAN. — Sur une épidémie de chancres simples, par M. HALLOPEAU. — Nouvelle note sur un cas d'ichtyose anormale avec productions bulleuses, par M. HALLOPEAU. — Sur un trajet fistulo-gonococcique du fourreau, par MM. HALLOPEAU et BARDET. (Discussion : MM. BALZER, HALLOPEAU.) — Sur un nouveau cas d'érythrodermie mycosique, par MM. HALLOPEAU et DESHAYES. — Sur les cicatrices consécutives aux tuberculides papulo-nécrotiques, par MM. HALLOPEAU et LASNIER. — Chancre syphilitique de l'œil, par MM. DANLOS et DEROYE. (Discussion : M. GAUCHER.)

Épithélioma étendu de la face. Ablation; application secondaire de greffes dermo-épidermiques.

Par M. MORESTIN.

Voici encore un exemple d'épithélioma très étendu de la face dont la guérison a été obtenue dans les conditions les plus satisfaisantes par l'ablation chirurgicale suivie de l'application tardive de greffes dermo-épidermiques. On ne saurait trop attirer l'attention sur la simplification qu'apporte dans le traitement de telles lésions l'abandon pendant quelque temps de la plaie à la réparation spontanée. Elle se comble, se nivelle, se réduit prodigieusement, offre une surface plane

et résistante où s'appliquent aisément des greffes, dont les dimensions sont infiniment moindres que celles qu'il eût fallu leur donner primitivement. L'opération en deux temps est surtout justifiée chez les vieillards, auxquels conviennent plutôt des interventions successives courtes et bénignes. La présente observation, jointe aux autres faits très analogues qui vous ont été soumis par moi dans de précédentes séances, montre le bien fondé, la simplicité, la bénignité, l'efficacité de cette pratique.

Apollinaire Pozerski, Polonais, âgé de 70 ans, m'est adressé au mois

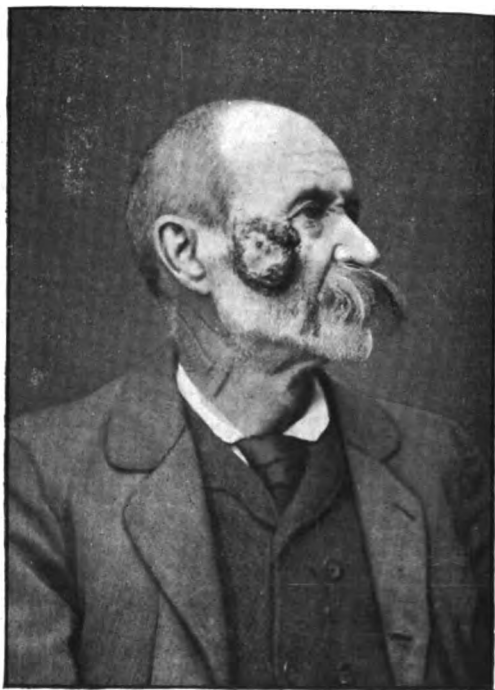


FIG. 1.

d'octobre 1906 par le Dr Galezowski, l'oculiste bien connu, son compatriote. Il entre, le 27 octobre, dans mon service à la maison Dubois.

P... est porteur d'un épithélioma ulcéré et végétant qui couvre la région malaire du côté droit, et de là s'étend sur la tempe, la joue, la région massétérine, et gagne même la paupière inférieure. La lésion est heureusement superficielle, purement cutanée, mobile sur les plans profonds et même très mobile en raison de la laxité et de la flétrissure générale des téguments. Pas d'engorgement ganglionnaire. L'affection date de plusieurs années déjà; elle a débuté, nous dit le malade, au centre de la pommette, au niveau d'une

petite coupure due à la maladresse d'un barbier. Les détails qu'il nous donne sont d'ailleurs assez insignifiants, et de son histoire il faut retenir simplement que l'affection est déjà ancienne et n'a été l'objet d'aucun traitement. Le diagnostic n'étant aucunement douteux, je pratiquai, le 31 octobre, l'ablation de la tumeur. La figure 1 indique le siège et l'étendue de la surface ulcérée et le bourrelet saillant qui la circonscrit ; mais il fallait, certes, passer à distance et couper dans la peau saine. Si l'intervention ne présentait aucune difficulté, la perte de substance fut donc considérable. Dans la plaie se trou-

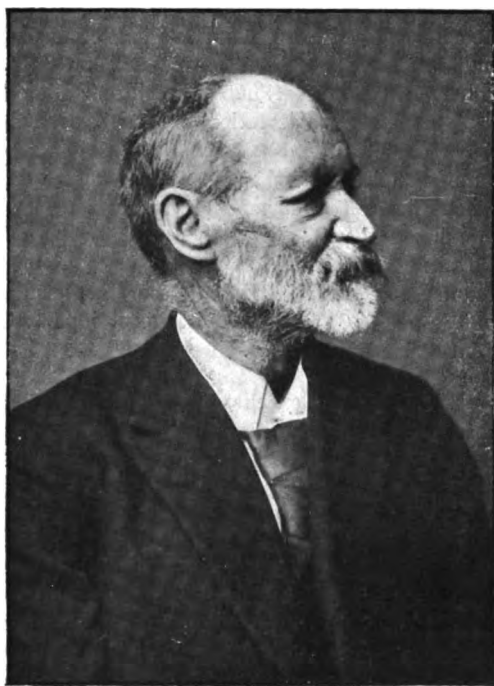


FIG. 2.

vaient exposés l'os malaire, l'aponévrose temporale, le masséter, les filets du facial, le canal de Sténon. La paupière inférieure avait dû être entamée. Je ne fis aucune tentative d'autoplastie, et après ligature de quelques artérioles, je laissai les choses en l'état, sous un pansement aseptique.

Le 8 novembre, je constatai que la plaie commençait à se réparer, à se couvrir de bourgeons charnus. Elle présentait dans le sens vertical 8 centimètres, dans le sens transversal 6 cent. $1/2$ au-dessous de l'os malaire et 6 au niveau de l'apophyse orbitaire externe. Elle s'arrêtait en arrière à un petit travers de doigt du tragus, en avant à 4 centimètres du nez, en haut remontait à 3 cent. $1/2$ au-dessus de l'arcade zygomatique, en bas descendait à 2 cent. $1/2$ du bord inférieur du maxillaire inférieur.

Le 12, le canal de Sténon et les filets du facial n'étaient plus visibles,

enfouis sous la pullulation des bourgeons charnus qui couvraient et nivelaient la plaie. L'état général non seulement se maintenait mais semblait chaque jour s'améliorer. La température demeurait normale.

Le 17 novembre, la plaie, tout à fait plane, nous parut commencer à se réduire très notablement. Des mensurations nous montrèrent qu'elle présentait alors 8 centimètres de hauteur, 5 $\frac{1}{2}$ de largeur au-dessous du malaire et 5 au niveau de l'apophyse orbitaire externe. Cette tendance à la réduction s'était déjà accentuée quand le malade nous quitta pour quelque temps le 23 novembre.

Il revint le 3 janvier 1907, les pansements aseptiques et les applications iodées ayant été continués avec soin dans l'intervalle. La plaie très superficielle, rose et suppurant très peu, était en excellent état. Elle s'était rétrécie au point de ne plus offrir que 3 centimètres en largeur et 3 cent. $\frac{3}{4}$ dans le sens vertical. Il n'y avait aucune déviation des paupières, aucune gêne à leur occlusion.

Le 4 janvier, après avoir légèrement cureté la surface de la plaie, je la couvris entièrement de greffes dermo-épidermiques prélevées sur la face antérieure de la cuisse droite.

Quand je soulevai le pansement le 9 janvier, je constatai que ces greffes s'étaient bien réunies, que leur vitalité était assurée et le succès certain.

De fait, au bout de peu de jours la cicatrisation était parfaite et le résultat obtenu pleinement satisfaisant (fig. 2).

M. DANLOS. — Le résultat est excellent et la cicatrice très belle ; évidemment on peut obtenir aussi bien par d'autres méthodes, en particulier par les applications de radium ; mais celles-ci sont pratiquement impossibles sur une surface aussi étendue que dans le cas de M. Morestin. Il faudrait un nombre de séances considérable, et la durée du traitement serait excessive.

M. DE BEURMANN. — La chirurgie reste toujours la méthode de choix dans bien des cas. Certainement la radiothérapie donne aussi de magnifiques succès, mais elle n'est pas toujours efficace. La distinction établie par Darier selon la forme histologique de l'épithélioma, a, je crois, une grande importance : les formes tubulées sont seules justiciables des rayons X.

Du reste ces deux procédés d'élection, l'exérèse chirurgicale et la radiothérapie, peuvent se prêter un mutuel appui ; l'application des rayons X sur les cicatrices opératoires paraissant capable de prévenir les récidives.

M. LENGLET. — La distinction établie par Darier n'a qu'une valeur très relative : lui-même est revenu à cet égard sur ses premières affirmations. Quant à l'action préventive des rayons X appliqués sur les cicatrices opératoires, elle est très difficile à préciser ; ce qui est certain, c'est que les récidives se produisent parfois malgré leur emploi.

M. DANLOS. — Il est un fait assez curieux que j'ai observé plusieurs fois dans le traitement des épithéliomas par la radiothérapie ; au début et pendant un certain temps les résultats sont excellents : la tumeur diminue considérablement et l'on croit toucher à la guérison lorsque tout à coup, sans que l'on sache pourquoi, l'épithélioma reprend sa marche extensive, souvent

aiguë, et se montre désormais absolument réfractaire au traitement radiothérapique qui semble avoir perdu toute efficacité.

M. LENGLET. — Je n'ai jamais observé de faits de ce genre dans le service de M. Brocq.

M. CHARMEIL. — La cause de ces variations dans l'action des rayons X nous est complètement inconnue. Chez une femme portant deux épithéliomas de la face, j'ai fait traiter les tumeurs dans les mêmes conditions par l'irradiation : or, l'une d'elles guérit complètement et n'a pas récidivé ; l'autre tumeur, après une amélioration passagère, est repartie de plus belle et dut être envoyée au chirurgien. En somme, il est pour ainsi dire impossible de faire un pronostic en ce qui concerne le traitement radiothérapique d'un épithélioma.

M. GASTOU. — Relativement aux récidives d'épithéliomas traités par la radiothérapie, j'ai pu faire sur des malades traités dans le service de M. Danlos les remarques histologiques suivantes :

Trois malades en particulier atteints d'épithélioma pavimenteux (type corné), ont très rapidement guéri, mais peu après s'est manifestée une récidive, non pas analogue cliniquement à la néoplasie primitive, mais sous forme d'un noyau dur, globulaire, sous-cutané. Or, ce noyau biopsié avait la structure histologique d'un sarcome. J'ai proposé pour ces tumeurs le nom de sarcome épithélioïde, elles ont une évolution souvent ulcéreuse, extensive et rapide que la radiothérapie est dans la plupart des cas impuissante à modifier. Ces néoplasies de récidive semblent être en rapport avec l'envahissement lymphatique.

M. DANLOS. — Voici le moulage d'un épithéliome du dos de la main, précisément un de ceux qui ont été examinés par M. Gastou ; après une guérison presque complète, la tumeur, qui était *exubérante* et *végétante*, a sans interruption de traitement, sans radiodermite, repris sa marche envahissante sous forme d'*ulcération creuse* à bords ulcérés, sur laquelle la radiothérapie a été radicalement impuissante.

Adénite cervicale tuberculeuse extirpée par l'incision esthétique rétro-auriculaire.

Par M. MORESTIN.

En 1902, dans un article de la *Gazette des hôpitaux*, puis au Congrès de Chirurgie (octobre 1902), j'ai montré comment on pouvait utiliser le sillon rétro-auriculaire pour pratiquer l'ablation esthétique de certaines tumeurs de la parotide et du cou.

L'incision pratiquée dans le fond du sillon, on décolle de proche en proche les téguments, jusqu'au niveau de la tumeur dont on ouvre la loge. Graduellement libérée de ses connexions avec la sonde cannelée, les ciseaux ou le doigt, la tumeur devenue mobile se laisse finalement énucléer d'un bloc, ou extraire par fragments. Une telle pratique n'est

utilisable que dans des cas bien déterminés et peu nombreux. Il faut assurément que la question d'esthétique ne soit pas négligeable pour le sujet ; il convient surtout de n'appliquer ce procédé qu'à des tumeurs bénignes, bien circonscrites, encapsulées, mobiles. Les adénopathies tuberculeuses en particulier ne s'y prêtent qu'exceptionnellement. Chez la jeune fille que je vous présente, des conditions favorables m'ont permis de faire l'extirpation d'une adénopathie chronique carotidienne par mon incision esthétique rétro-auriculaire.

Il s'agit d'une fille de 12 ans, M^{lle} B... qui m'a été adressée par M. Gaucher et qui est entrée à l'Hôtel-Dieu le 22 février 1906, salle Sainte-Marthe, n° 2, dans le service de Guinard que je remplaçais. Elle présentait à la partie supérieure de la région sterno-mastoïdienne, du côté droit, une adénite chronique, évoluant depuis deux ans environ et qui avait résisté au traitement médical, aux applications locales et même à des injections médicamenteuses interstitielles. Fort heureusement ces dernières n'avaient pas été prolongées outre mesure.

Le ganglion altéré formait une masse du volume d'un œuf de pigeon, de consistance ferme, très mobile, indolente à la pression, sans adhérence aux téguments ou au sterno-mastoïdien. Aucune autre adénopathie.

L'enfant est pâle et médiocrement développée, mais à tout prendre sa santé générale est satisfaisante et n'apporte aucune contre-indication au traitement chirurgical.

Le 28 février j'extirpe le ganglion malade par la voie rétro-auriculaire. La peau incisée dans le fond du sillon, je soulève les deux lèvres de la plaie, les libère, et décolle de haut en bas les téguments jusqu'au-dessous de la tumeur. Celle-ci est refoulée de bas en haut et maintenue par ma main gauche, tandis que de la droite armée d'une pince faisant office de sonde, je dilacère autour d'elle le tissu cellulaire, me serrant à la tumeur, me gardant de toute échappée et contrôlant de temps à autre le travail accompli par un doigt glissé par la plaie dans l'espace décollé. Du bout de l'index j'active enfin cette libération et la masse entièrement détachée se laisse doucement repousser vers la plaie et expulser. Drain. Sutures à la soie fine. Ce drain fut ôté le troisième jour, les fils le sixième. Le 10 mars la malade pouvait quitter l'Hôtel-Dieu, complètement guérie.

Le ganglion contenait à son centre un petit foyer caséeux ramolli.

Le résultat opératoire est tout à fait satisfaisant et rien, aucune cicatrice apparente, ne rappelle l'intervention subie.

M. HALLOPEAU. — Je tiens à faire ressortir le haut intérêt de cette méthode opératoire, surtout quand il s'agit de jeunes filles pour lesquelles les cicatrices de la région sous-maxillaire constituent toujours une tare d'autant plus pénible qu'elle est plus apparente.

Volumeux angiome de la face chez une négresse.

Par M. MORESTIN.

Étant à la Martinique en 1903, j'ai pu observer, au bourg de Sainte-Marie, dans le nord-est de l'île, un monstrueux angiome de la face, développé chez une jeune négresse. J'ai pu en faire prendre des photographies, que je vous soumets. Les lésions non seulement sont fort étendues mais déforment le visage de la façon la plus singulière.

La dite négresse est âgée de 13 à 14 ans; sa tumeur est actuellement



FIG. 1.

stationnaire, après avoir progressé depuis la naissance jusqu'à il y a deux ou trois ans. Elle ne présente par ailleurs aucune difformité, son état général est excellent et elle est bien développée pour son âge. L'angiome occupe toute la moitié droite de la face, distend la joue, la région parotidienne, la paupière inférieure, déborde sur la tempe et la région sous-maxillaire sur la face dorsale du nez et le menton. Au niveau du menton la tumeur forme une saillie mousse qui prolonge considérablement cette éminence. De même elle forme au-dessus du nez une sorte de lobe gros comme un œuf qui se superposant à la saillie nasale donne au visage un aspect caricatural des plus extraordinaires. Jointe à celle du menton elle donne au profil du sujet l'apparence d'un figure de polichinelle. La bouche semble déviée vers la gauche, car la



FIG. 2.



FIG. 3.

tumeur se prolonge un peu dans l'épaisseur des lèvres au voisinage de la commissure droite, augmente leur volume surtout pour l'inférieure qui tend à s'éverser. L'orifice labial paraît oblique, dévié vers la gauche et asymétrique.

La tumeur présente du reste tous les caractères de l'angiome, elle est molle, réductible, se distend dans l'effort; du côté de la face interne de la joue droite et au niveau du bord libre des lèvres elle offre la coloration violette habituelle à ces sortes de lésions. Du côté de la peau, on ne peut apprécier cette coloration, les téguments paraissent seulement dans l'étendue de l'angiome encore plus noirs. L'indolence est complète; mais pour être négresse et habiter un bourg de la Martinique, la pauvre fille n'en est pas moins exposée à des humiliations pénibles et quotidiennes, du fait de sa difformité.

Malgré les dimensions, le siège, les connexions de cet immense angiome, je pense qu'on aurait pu tenter quelque chose si les circonstances avaient permis de transporter cette infortunée dans un milieu chirurgical. Je crois que l'on aurait pu faire l'ablation des parties nasale et mentonnière de la tumeur qui sont les éléments les plus choquants de la difformité. Le reste aurait pu être attaqué soit par l'électrolyse, soit plutôt par les injections sclérogènes de chlorure de zinc qui m'ont fourni un beau succès dans un très mauvais cas. (Congrès de Chirurgie 1899.)

M. HALLOPEAU. — Peut-être le radium pourrait-il donner quelques résultats dans les cas de ce genre.

M. DANLOS. — J'en ai obtenu quelques succès, surtout dans des angiomes plans; mais dans les formes tubéreuses comme celle-ci, et surtout sur des surfaces aussi étendues, je crois que le traitement serait inefficace, en tout cas il serait désespérément long.

Cancer du pharynx chez une femme atteinte antérieurement d'accidents tertiaires pharyngés.

Par M. MORESTIN.

La syphilis semble favoriser à un haut degré l'éclosion du cancer, du moins du côté des muqueuses et particulièrement de la muqueuse buccale. La leucoplasie, le fait est aujourd'hui admis, sert dans bien des cas de trait d'union entre les deux maladies. Le rôle prédisposant de la syphilis me paraît intéressant à noter chez la malade que je vous présente, laquelle atteinte aujourd'hui d'un cancer du pharynx, avec énorme adénopathie cervicale, a eu précédemment des accidents spécifiques qui ont détruit partiellement le voile du palais, et transformé en tissu cicatriciel la moitié gauche du pharynx buccal.

Cette malade, âgée de 62 ans, Marie B..., lingère, est entrée le 25 février dans mon service à la maison Dubois. Elle a eu la syphilis à l'âge de 24 ans; à cette époque elle subit à l'hôpital Saint-Louis un traitement qui malheureusement fut cessé après la disparition de la roséole.

Un an après environ, étant à Lyon, elle dut entrer dans un hôpital de cette ville pour des accidents dont le lien avec la maladie antérieure n'était que trop manifeste.

Elle moucha du pus, rendit par les narines des fragments d'os nécrosés, et le nez s'affaissa à sa base. Elle fut soignée pendant plusieurs mois. Dans la suite elle eut cinq enfants, le premier à l'âge de 30 ans, le dernier à 37 ans; deux sont vivants et, dit-elle, en bonne santé; les autres ont succombé dans la première enfance.

Il y a 3 ans elle fut traitée à l'hôpital Lariboisière pour des lésions de la gorge. On lui fit alors des injections d'huile grise. La nature de ces lésions ne saurait faire de doute, car nous en retrouvons les traces trop visibles par le plus simple examen; il s'agissait de gommes qui ont détruit une partie du voile et de la paroi pharyngée.

L'affection qui nous l'amène actuellement a commencé à se manifester il y a 8 mois environ. La malade a constaté alors dans la région carotidienne gauche la présence d'une masse arrondie et dure, qui n'a depuis cessé de se développer, et qui est aujourd'hui considérable. Depuis deux mois sont survenus des troubles de la phonation, et plus récemment de la gêne respiratoire. C'est sous la pression de cette menace de suffocation que la malade est entrée à la maison Dubois, où le jour de son entrée l'on craignit d'être obligé de faire la trachéotomie d'urgence. La malade a beaucoup maigri au cours du dernier trimestre et le fléchissement de l'état général est évident; dès le premier abord on est frappé de l'aspect cachectique, de l'émaciation et de la pâleur du sujet.

Ce qui attire ensuite l'attention, c'est la tumeur cervicale dont les proportions sont énormes, car elle occupe toute la moitié gauche du cou et envahit les téguments qui sont à la veille de s'ulcérer. La tumeur remonte en haut jusqu'à l'apophyse mastoïde, et au conduit auditif externe; elle envahit la région parotidienne et soulève le lobule de l'oreille. En avant elle déborde de la région carotidienne dans les régions sus et sous-hyoidiennes et vient presque dépasser la partie la plus saillante du larynx. En bas elle descend jusqu'à l'extrémité interne de la clavicule et envahit le creux-sus-claviculaire, En arrière elle gagne les muscles de la nuque.

Cette masse est diffuse, très ferme, ligneuse, adhérente dans la profondeur, fusionnée avec la peau sur presque toute son étendue. Les téguments, d'un rouge violacé, sont complètement fixés. En plusieurs endroits ils offrent des bosselures d'un blanc rosé parcourues par des faisceaux de veinules; en ces points l'ulcération est imminente.

Cette grosse masse cervicale est certainement une tumeur maligne, très maligne, en voie de progression rapide.

L'examen bucco-pharyngé montre qu'elle doit être considérée comme secondaire.

Dès l'ouverture de la bouche on constate l'existence d'une leucoplasie peu accentuée mais étendue, car elle occupe la face interne des deux joues et les

deux bords de la langue. Ce dernier organe présente une sorte d'atrophie de sa moitié gauche, qui est plissée flétrie et ratatinée. Cet aspect n'est pas lié à une sclérose interstitielle. La palpation ne fait percevoir à ce niveau aucune induration, aucun changement de consistance.

Il suffit d'abaisser quelque peu la langue pour reconnaître du côté du pharynx les marques évidentes de la syphilis tertiaire. Le voile du palais présente dans sa moitié gauche une grande perte de substance, une profonde échancrure de son bord postérieur entamant la partie correspondante de la luette. Celle-ci est infléchie vers la gauche, attirée et fixée à la paroi pharyngée par un grêle tractus grisâtre.

On n'aperçoit plus les saillies des piliers gauches du voile, ni l'amygdale de ce côté. Toute la moitié gauche du pharynx buccal est occupée par des cicatrices d'un blanc grisâtre et des brides fibreuses en relief.

Par le toucher on peut percevoir en outre des lésions d'un autre ordre. On sent en effet profondément sur les limites du larynx, épiglote et repli aryéno-épiglottique, à cheval sur la base de la langue et la partie adjacente du pharynx, la tumeur d'où procède l'énorme masse cervicale.

Une partie seulement du néoplasme est accessible. On reconnaît sa partie antéro-supérieure, sous forme d'une plaque, d'un bourrelet saillant très dur, au delà duquel le doigt plonge dans une excavation irrégulière. Le point de départ exact de la tumeur ne peut, on le conçoit, être établi avec certitude, mais selon toute vraisemblance les lésions ont débuté à l'union de la langue et du pharynx et se sont propagées ensuite vers les deux organes. Cette localisation explique les troubles vocaux et respiratoires accusés par la malade. La pauvre femme est tellement affaiblie et les explorations amènent avec une telle facilité des accès de suffocation que nous n'avons pas voulu lui imposer un examen au laryngoscope. La mort en effet est imminente. Aucune opération dirigée contre le néoplasme ne peut être tentée. Tout au plus une trachéotomie s'imposera-t-elle quelque jour peut-être, intervention de soulagement qui retardera de fort peu l'issue fatale.

Cette observation de cancer glossopharyngé serait fort banale, sans l'histoire antérieure du sujet.

Il est impossible de ne pas faire état de la syphilis. Cette femme a été atteinte d'une syphilis grave, d'une syphilis insuffisamment traitée, d'une syphilis qui a frappé et mutilé le pharynx. Or dans la région même où elle a exercé ses ravages et qui en garde les marques caractéristiques, se développe une tumeur cancéreuse. Or nous savons que ces cancers sont fort rares chez la femme.

Nous savons d'autre part que sur la langue la syphilis prépare fréquemment l'évolution du cancer. On est donc conduit à admettre que la syphilis a fait ici le lit au cancer, créé au point de vue général comme au point de vue local des conditions qui ont permis son éclosion. A ce titre ce fait me paraît devoir être signalé comme une modeste contribution à l'étude si intéressante des rapports de la syphilis et du cancer.

M. HALLOPEAU. — C'est un fait très curieux que les syphilides des

muqueuses et de la bouche en particulier, soient si souvent le point de départ de néoplasies cancéreuses, alors que rien de pareil ne s'observe pour les syphilides cutanées.

Eczéma avec kératodermie palmaire et plantaire.

Par MM. BALZER et MERLE.

Malade âgée de 60 ans, femme de ménage, entrée salle Alibert le 29 janvier 1907, pour des lésions eczémateuses de plusieurs types : éruption eczémateuse sur plusieurs points du tégument et hyperkératose de la paume des mains et de la plante des pieds. Il nous a paru intéressant d'en faire exécuter le moulage par M. Baretta pour le Musée de l'hôpital Saint-Louis.

Le père de la malade, obèse comme elle, souffrait fréquemment de douleurs articulaires, un frère présentait les mêmes manifestations, une sœur est hospitalisée à Saint-Mandé pour une affection nerveuse dont nous n'avons pu connaître la nature exacte.

Elle-même a eu la variole à 22 ans. Mariée à 30 ans, elle eut deux enfants qui moururent de méningite dans le jeune âge. La ménopause se produisit à l'âge de 44 ans. Très bien portante jusque-là, elle commença à souffrir de quelques malaises : poussées congestives, crises de céphalée parfois assez violentes, digestions moins bonnes, palpitations cardiaques fréquentes, constipation chronique assez rebelle. Toutes ces manifestations n'entraînèrent pas d'altération considérable de la santé générale, l'appétit est resté bon jusqu'à l'heure actuelle. On ne trouve rien d'anormal aux poumons ni au cœur, les artères périphériques sont souples, les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. La malade est sobre, ne fait pas d'excès éthyliques ni d'abus de boissons excitantes telles que thé ou café.

Depuis l'âge de 30 ans elle est sujette à des crises articulaires douloureuses, changeant fréquemment de siège et se manifestant surtout au moment des changements de temps.

C'est il y a deux ans qu'apparurent les premières manifestations cutanées sous forme d'une éruption eczémateuse papulo-vésiculeuse. Cet eczéma, qui siégeait aux épaules et au visage, dura trois semaines et guérit sans traitement : il fut suivi deux mois après d'une éruption analogue et de même siège qui guérit dans les mêmes conditions.

L'affection actuelle débuta en juin 1906, à la suite d'une crise articulaire douloureuse assez intense qui dura deux mois et qui intéressait l'épaule, le coude, le poignet droits, et les articulations du membre inférieur droit.

A ce moment, sans qu'il y ait d'autres manifestations cutanées, apparut au centre de la région palmaire de la main gauche un élément papuleux, d'abord blanchâtre, puis rougeâtre ; il s'entoura bientôt d'une collerette épidermique et provoqua une rapide prolifération épithéliale. La paume de la main dans le voisinage était normale. Il apparut ensuite d'autres éléments analogues qui tendaient à la confluence en provoquant une hyperkératose très intense, si bien que la kératodermie envahit toute la paume de la main et prit bientôt l'aspect épais, rugueux et noirâtre que nous constatons actuellement.

Presque en même temps la main droite et la plante des pieds étaient le siège d'une transformation analogue.

Il se produisit ensuite des crevasses sur les placards hyperkératosés, crevasses qui ne suintaient pas, mais provoquaient des douleurs assez intenses et rendaient les mouvements difficiles pour le travail et la marche.

Après quatre mois pendant lesquels l'hyperkératose ne fit que s'accroître, il survint une poussée d'eczéma papulo-vésiculeux aux membres inférieurs. Bientôt se constituèrent de vastes placards éruptifs entourés d'une petite zone de desquamation avec prurit et grattage. L'éruption gagna ensuite les cuisses, les fesses, le dos, les omoplates, l'abdomen.

Actuellement la malade présente toujours ces mêmes lésions d'eczéma rouge ou rosé, sec, avec vastes placards entourés d'éléments plus petits.

Les mains sont atteintes de façon à peu près symétrique : la paume est recouverte dans sa totalité d'une couche cornée très épaisse, rugueuse et noirâtre. Ce plateau d'hyperkératose présente des fissures assez profondes, qui correspondent aux plis de flexion : il existe à la surface, des sillons plus petits qui rappellent ceux de la peau normale. La face palmaire des doigts est également envahie par une hyperkératose cependant moins marquée et moins rugueuse. L'ensemble du doigt est tuméfié et les mouvements des phalanges sont difficiles.

L'hyperkératose s'arrête aux bords de la main, ne pénètre que légèrement dans les espaces interdigitaux, elle diminue assez rapidement d'épaisseur à sa périphérie : une zone lisse, comme vernissée, est intermédiaire entre l'hyperkératose rugueuse et la peau saine.

Aux pieds l'hyperkératose présente les mêmes caractères, elle est rigoureusement limitée à la face plantaire : en arrière, elle remonte jusqu'au-dessus du calcanéum. Les orteils sont envahis jusqu'aux bords des ongles. Il y a des crevasses profondes dans les espaces interdigitaux.

Pendant son séjour à l'hôpital le traitement a provoqué facilement, quoiqu'avec une certaine lenteur, le décapage de cette hyperkératose intense, grâce à l'application de pommades contenant d'abord 5 puis 10 p. 100 de résorcine.

Les placards d'eczéma papulo-vésiculeux ont été traités avec une pâte contenant 2 p. 100 d'huile de cade. Malgré cela, il est apparu plusieurs poussées nouvelles d'eczéma papulo-vésiculeux, sur l'abdomen et sur les avant-bras, région jusque-là indemne. Pendant son séjour à l'hôpital la malade a présenté pendant trois ou quatre jours de vives douleurs avec tuméfaction marquée dans la région de l'appendice iléo-cæcal. Ces symptômes d'appendicite et de coprostase, en rapport sans doute avec sa constipation invétérée, ont cédé assez facilement aux applications de glace et aux lavements.

Rappelée par une affaire de famille, la malade a dû sortir avant sa guérison, mais l'hyperkératose avait considérablement diminué et elle est maintenant en état de pouvoir continuer le traitement chez elle.

Le moulage exécuté par M. Baretta est à rapprocher d'un autre que nous avons présenté il y a quelques années (n° 2062). Dans ce cas l'hyperkératose palmaire et plantaire se rattachait aussi à l'eczéma, mais moins nettement peut-être que dans le cas actuel où nous voyons

l'hyperkératose évoluer sur un sujet rhumatisant et névropathe, avec atonie intestinale en même temps qu'un eczéma très étendu, rebelle, à marche chronique et à poussées successives.

Psoriasis atypique; localisation sur la muqueuse des lèvres et peut-être sur la muqueuse linguale.

Par MM. BALZER et MERLE.

Malade déjà présentée à la Société de Dermatologie en raison des localisations atypiques d'un psoriasis dont les premières manifestations remontaient à trois ans (1).

Le psoriasis paraît avoir débuté par des lésions labiales consistant en squames adhérentes à la surface externe des lèvres. Pendant trois ans il n'y eut pas d'autres manifestations de psoriasis. A la suite d'une blennorrhagie qui s'accompagna de douleurs articulaires de l'épaule droite et du poignet gauche, les lésions prirent rapidement une extension considérable et apparurent successivement à l'éminence thénar gauche, envahissant la face interne de l'avant-bras, le coude du même côté, le pied gauche, l'ombilic, le cuir chevelu. On voit ensuite la main droite présenter également des placards de psoriasis ainsi que l'avant-bras et le pli du coude du même côté, les deux cuisses et les plis inguinaux. Les localisations labiales persistent pendant cette évolution.

La malade fait à ce moment un séjour prolongé à l'hôpital Saint-Louis, salle Alibert, où elle est traitée pour ses lésions cutanées et son infection gonococcique : urétrite, vulvo-vaginite et rhumatisme. Les lésions psoriasiques rétrocedent et guérissent presque complètement, au niveau des membres inférieurs, des bras et avant-bras, des lèvres, du cuir chevelu ; les mains seules restent encore malades.

C'est dans cet état que la malade put passer les derniers mois d'une grossesse qui remontait au mois de février 1906.

Peu de temps avant l'accouchement l'affection subit une recrudescence nouvelle qui l'amena rapidement dans un état voisin de celui que nous constatons à l'heure actuelle. L'accouchement ne s'accompagna pas de complications immédiates, mais quelques semaines après il survint de l'élévation thermique et des phénomènes douloureux sur le trajet du sciatique droit qui nécessitèrent l'emploi d'une gouttière.

Deux mois après l'accouchement on constata dans la région fessière droite un abcès qui dut être incisé et qui suppuraît encore dernièrement quand la malade, revenant de la maternité, fut de nouveau hospitalisée salle Alibert.

Cinq à six jours après l'incision et l'application de pansements à la gaze iodoformée, il apparut autour de la plaie un large placard érythémateux, à bords un peu surélevés, dont la surface était le siège de desquamation. A la périphérie survenait également un certain nombre de placards disséminés.

(1) BALZER et DESHAYES. Psoriasis atypique au cours d'une infection blennorrhagique. *Bulletin de la Société de Dermatologie*, 1^{er} janvier 1906.

les uns à contours mal définis, les autres plus nettement circonscrits, tous étant le siège d'une desquamation plus ou moins intense.

Cette poussée de psoriasis apparue sous l'influence du traumatisme et des pansements chirurgicaux, complétait l'ensemble des lésions cutanées qui n'avaient jamais été aussi étendues et dont la localisation atypique est actuellement plus manifeste qu'à aucune période de la maladie. Aux membres supérieurs les lésions sont limitées presque exclusivement aux mains qui sont atteintes de façon à peu près identique.

La face palmaire est envahie en totalité, ainsi que la plus grande partie de la face dorsale. Les téguments sont d'un rouge vif et un peu épaissis ainsi qu'en témoigne un bourrelet assez net qui limite sur le poignet le placard érythémateux. La face palmaire est comme vernissée, on ne voit plus les plis normaux. Les doigts sont entourés dans leur totalité par une gaine érythémateuse qui rend difficiles les mouvements des phalanges. Cette raideur articulaire semble en effet devoir être rapportée plutôt à la modification des téguments qu'aux lésions qu'aurait pu laisser le rhumatisme blennorragique : il n'y a pas de douleur articulaire bien marquée et pas de gonflement périarticulaire.

Toutes ces lésions érythémateuses sont recouvertes de squames très fines qui sont facilement enlevées par l'application de pansements gras.

Les ongles sont très atteints, striés dans le sens transversal, sans punctuations pigmentaires, entourés d'un bourrelet érythémateux, à la base un sillon très marqué. — Il n'y a pas sous la partie libre de l'ongle grande accumulation de débris épithéliaux.

Au niveau des pieds on observe des lésions analogues occupant surtout la face plantaire et la face dorsale à la base des orteils, les téguments érythémateux chaussant le pied comme une sorte de sandale. Les espaces interdigitaux très atteints étaient, il y a quelque temps le siège d'une macération fétide. Les ongles sont également très altérés, les derniers orteils n'en présentent plus que des rudiments.

Au pourtour de la vulve et sur la face interne des cuisses on constate de larges placards violacés.

Sur la fesse droite il existe un placard analogue dont nous avons noté l'apparition après l'incision de l'abcès survenu à ce niveau.

A quelque distance de son bord plusieurs éléments dont certains présentent les caractères nets du psoriasis, squames donnant le signe de la tache de bougie et le phénomène d'Auspitz.

Sur le côté droit du thorax, sous le sein, un placard large comme la paume de la main. Il existe aussi un petit placard analogue dans l'aisselle droite et un autre plus grand dans l'aisselle gauche.

Le cuir chevelu est envahi presque en totalité par des plaques disséminées et donnent une abondante desquamation.

Les lèvres enfin sont un peu tuméfiées, l'inférieure surtout : cette dernière est recouverte d'une sorte de mince pellicule fissurée par endroits. Le pourtour orbiculaire est le siège de desquamation et de fissuration avec une petite zone infiltrée et rougeâtre intermédiaire à la muqueuse et à la peau.

Pendant le séjour de la malade, nous avons vu apparaître sur le côté

droit de la langue des éléments blanchâtres de très petites dimensions. Il étaient constitués par une sorte de petit placard long de 1 centimètre et large d'un demi-centimètre environ, d'apparence blanchâtre, et qui semblait constitué par des productions épidermiques ramollies par la salive; cette sorte de plaque faisait un peu saillie sur la muqueuse voisine et l'on pouvait facilement la faire disparaître en la raclant légèrement avec une lame de verre par exemple ou avec une compresse, au-dessus apparaissaient alors les papilles linguales plutôt hypertrophiées et constituant une sorte de petit bourgeon charnu dont les dimensions répondaient à celles de la plaque blanchâtre.

En avant de cet élément principal il en apparut un autre, très petit, en forme de fer à cheval constitué comme par une sorte de fausse membrane, lisse et blanchâtre, semblant appliquée sur la muqueuse, sans élévation ni rétraction par rapport aux régions voisines. Cet élément fut de courte durée, il disparut au bout de quelques jours pour ne plus reparaitre. Quant à l'autre, il dura environ un mois sans modifications, puis il disparut aussi, ne laissant à sa place qu'un petit épaississement des papilles. Après plusieurs disparitions et réapparitions successives et peu intenses, il disparut définitivement.

Il n'y eut jamais de cercle érythémateux à la périphérie des éléments.

Il n'existait aucune manifestation ganglionnaire. En face de la lésion les grosses molaires font défaut, une des petites molaires est cariée jusqu'au niveau de la gencive sans pouvoir exercer de traumatisme sur la langue. De plus, la lésion a toujours été indolente, ce qui n'est pas le fait habituel des lésions dentaires de la langue.

A plusieurs reprises des frottis colorés par la méthode de Giemsa ne permirent jamais de constater la présence de *Treponema pallidum*. Il existait dans les préparations des microorganismes à spires irrégulières et ondulées se colorant assez vivement, présentant les caractères du spirochète réfringens. Nous rappelons que la malade ne présente aucun antécédent syphilitique et que la dernière grossesse s'est terminée par un accouchement normal et la mise au monde d'un enfant dont le bon état de santé est contrôlé depuis plus de trois mois. Nous pouvons écarter définitivement l'hypothèse d'une plaque muqueuse.

Les lésions linguales que présente notre malade ne ressemblent nullement à la leucoplasie telle qu'on la rencontre chez d'anciens syphilitiques et chez les fumeurs.

Il n'y a pas lieu non plus de songer à un élément de lichen ni à la glossite exfoliatrice marginée, affection mieux limitée, et plus tenace.

Nous avons cherché si la littérature récente rapportait des cas analogues pouvant faire croire à l'existence d'un psoriasis lingual ou buccal.

Oppenheim (Psoriasis vulgaire de la muqueuse buccale : *Monatshefte für praktische Dermatologie*, t. XXXII, p. 489) signale un cas avec plusieurs plaques différant totalement de la leucoplasie siégeant sur la muqueuse de la bouche, du palais et du pilier gauche, arron-

dies ou ovales, grises ou blanc jaunâtre, nettement circonscrites, formant une saillie de 1 millimètre avec une surface finement pointillée comme parsemée de très petits pores. Muqueuse voisine absolument normale.

L'excision et l'examen histologique montrèrent de la parakératose, une prolifération épithéliale et de l'inflammation du corps papillaire.

Marcel Séc (Psoriasis et lésions buccales; séance du 3 mars 1903 de la Société de Dermatologie) signale chez un homme de 23 ans, présentant un psoriasis nummulaire vulgaire, une lésion du dos de la langue, respectant les bords, se terminant en arrière de façon diffuse constituée par une hyperkératose avec aspect quadrillé, par endroits épaissement épithélial blanc-laiteux. Les pupilles étaient atrophiées à ce niveau. Sur les joues, petites plaques épithéliales minces, sans stries réticulées. Sur la voûte palatine, petites plaques en cercle semblant s'être développées autour des orifices glandulaires. Le malade fumait beaucoup.

Schütz (70^e Congrès des naturalistes et médecins allemands à Düsseldorf, septembre 1898) a vu 3 cas de « leucoplasie » buccale coïncidant avec du psoriasis cutané. Ces observations concernent des malades chez qui l'on ne peut invoquer l'influence du tabac pour expliquer les lésions buccales (garçon de 10 ans et jeunes filles de 27 et 22 ans).

Lissauer (*Deutsche Med. Wochenschrift*, 1899) a trouvé dix fois la « leucoplasie buccale » chez 50 psoriasiques tous fumeurs.

En somme, la littérature médicale ne fournit pas encore un ensemble d'observations capables d'établir péremptoirement les caractères du psoriasis de la muqueuse buccale. Dans notre cas, après avoir éliminé la syphilis, le lichen plan, la glossite exfoliatrice marginée, la leucoplasie, la gingivite d'origine dentaire, nous remarquons surtout les caractères suivants : lésion très superficielle, indolente, très fixe, avec épaissement et rougeur peu accentuée des papilles, revêtement épidermique blanchâtre, peu adhérent, se renouvelant avec promptitude après le raclage, du jour au lendemain. Un argument important nous paraît devoir être tiré de la nature générale de notre cas de psoriasis, anormal, atypique, présentant la face externe de la muqueuse des lèvres une localisation remarquable. Ce ne sont pas là des arguments décisifs, mais ils peuvent nous autoriser à comparer notre observation aux autres cas qui ont été récemment publiés et qui appellent l'attention sur la possibilité d'éruptions psoriasiques de la muqueuse bucco-linguale.

M. BÉNARD. — Ce qui me fait un peu hésiter sur le diagnostic de psoriasis lingual, c'est précisément l'analogie d'aspect de cette lésion avec le psoriasis cutané; or le psoriasis vrai, quand il se localise sur une portion du tégu-

ment présentant quelque analogie de conditions avec une muqueuse, sur le gland par exemple, revêt un aspect objectif tout différent.

M. HALLOPEAU. — La lésion s'est améliorée sous l'influence d'une pommade au précipité blanc, c'est-à-dire d'un traitement mercuriel; ne serait-ce pas une indication de sa nature syphilitique?

M. BALZER. — L'objection n'a pas de valeur, car les topiques mercuriaux sont très actifs dans le psoriasis.

Malade atteint simultanément d'une éruption spécifique et d'un lichen scrofulosorum.

Par M. Alex. RENAULT.

Plusieurs fois déjà, j'ai eu l'occasion de vous montrer des syphilitiques, atteints à la fois d'une éruption spécifique et d'une autre dermatose. Au point de vue pratique, ces malades offrent un réel intérêt, en raison des difficultés diagnostiques qu'ils peuvent susciter. C'est encore un cas de ce genre, que j'ai l'honneur de mettre aujourd'hui sous vos yeux.

Il s'agit d'un jeune cuisinier de 22 ans, franchement syphilitique, de par l'existence de deux chancres, situés dans la sphère génitale, aujourd'hui cicatrisés, mais possédant encore à leur base une induration indiscutable et aussi, de par la présence de papules caractéristiques, dont le patient est porteur à la surface du tronc. Ces papules, en effet, discrètes jusqu'ici, ont une coloration jambonnée et sont infiltrées dans le derme. Quelques-unes d'entre elles offrent à leur périphérie la collerette épidermique, en quelque sorte pathognomonique, dite collerette de Bielt.

Mais ce qui frappe davantage chez ce jeune homme, c'est l'éruption, confluente à la partie antéro-supérieure de la poitrine, plus discrète au niveau des régions moyenne et inférieure. La face postérieure, en d'autres termes le dos, est complètement épargnée.

Cette éruption, en haut du thorax, consiste en petites saillies cohérentes, d'une coloration rouge sombre; plus bas, les éléments, moins abondants, sont séparés par des intervalles de peau saine et ont une couleur jaune.

Leur diamètre, à la partie supérieure, égale celui d'une petite lentille. Au-dessous, ils ne dépassent pas le volume d'une tête d'épingle. Leur surface n'est recouverte ni de squames, ni de croûtelles.

Ajoutons que ces efflorescences ne provoquent pour ainsi dire aucun prurit.

Leur début est très ancien, puisqu'il remonte à 11 années. Très rapidement, l'éruption aurait acquis les caractères et l'extension qu'elle présente aujourd'hui. Jamais elle n'a été traitée.

Le malade prétend que, si elle est plus rouge et confluyente en haut de la poitrine, c'est que cette partie, habituellement découverte pendant le travail, est exposée à la chaleur du feu. Cette raison, en effet plausible, est probablement l'expression de la vérité.

Quoi qu'il en soit, ne trouve-t-on pas dans l'aspect morphologique des lésions, dans la lenteur de leur évolution, les caractères de cette forme de tuberculide désignée sous le nom de lichen scrofulosorum.

Si l'on ajoute à ces renseignements, fournis par la clinique, les antécédents tuberculeux, héréditaires et familiaux du malade, qui a perdu son père de la phthisie et une sœur, de méningite, à l'âge de 16 ans, qui a été atteint en outre, vers l'âge de 12 ans, d'une adénite cervivale volumineuse, on déduit de cet ensemble de faits de nouveaux éléments, qui apportent une confirmation au diagnostic et incorporent la dermatose en question dans le groupe des affections tuberculeuses de la peau.

M. DANLOS. — Si l'éruption était un peu plus nodulaire, un peu plus saillante, je croirais plutôt à des adénomes des glandes sudoripares.

M. DÉNU. — Je crois aussi qu'il s'agit de syringocystadénomes; la localisation de l'éruption, sa longue durée, son immobilité, la profession du malade, et le fait que la lésion est au maximum, comme l'a remarqué M. Renault, sur les points les plus exposés à la chaleur, sont autant d'arguments en faveur de ce diagnostic. Une biopsie résoudra facilement la question.

Syphilis secondaire rebelle au mercure, survenant par poussées cutanées accompagnées d'accidents méningés.

Par MM. GAUCHER et MALLOIZEL.

Il s'agit d'une jeune femme de 23 ans, qui a contracté la syphilis en juillet 1906; soignée au mois de septembre pour des syphilides papuleuses généralisées, confluentes sauf sur le cou et la paume des mains, elle n'a pas cessé, depuis, d'être soumise à un traitement mercuriel intensif (pilules, piqûres de benzoate, frictions).

Malgré ce traitement, les accidents n'ont pas cessé depuis cette époque, et ont revêtu un caractère clinique spécial.

Les éléments papuleux ont disparu partout sauf sur les avant-bras et sur la face; en ces points, l'éruption semblait disparaître, quand, brusquement, survenaient des poussées de syphilides papulo-croûteuses, impétigineuses, qui ne cédaient progressivement qu'au bout de 15 jours environ.

Jusqu'à l'heure actuelle, la malade a eu 7 poussées successives; fait intéressant, chaque poussée d'efflorescence cutanée était primitivement accompagnée d'un symptôme méningitique brusque, avec

fièvre légère, caractérisé par une céphalée très vive, de la raideur de la nuque, des vomissements spontanés, de la constipation.

Une ponction lombaire qui soulagea beaucoup la malade, montra une réaction rachidienne très marquée, et surtout une hypertension extrême du liquide céphalo-rachidien; l'examen ophtalmoscopique montra corrélativement une papillite inflammatoire.

Actuellement, les symptômes cérébraux ont disparu, la névrite optique est en régression, néanmoins la malade a eu le 23 février dernier une nouvelle poussée cutanée.

L'intérêt de cette observation résulte de cette marche cyclique, mensuelle, des poussées éruptives et céphaliques.

Le mercure, qui semble avoir eu une légère action cutanée, n'a eu, comme bien souvent, aucun pouvoir préventif.

DANLOS. — Il arrive malheureusement trop souvent que le mercure, si actif pour *guérir* les lésions syphilitiques, est impuissant à *en prévenir* la récurrence.

Note sur un nouveau cas de sporotrichose hypodermique.

Par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.

J'ai l'honneur de présenter à la Société une malade atteinte de sporotrichose hypodermique. J'ai commencé l'étude de ce cas nouveau avec M. Gougerot, mon ancien interne, qui a été mon collaborateur dévoué dans mes études précédentes sur le même sujet.

Il s'agit d'une malade âgée de 66 ans, plongeuse, entrée dans mon service le 22 février 1907. Elle s'est présentée à la consultation avec une série de lésions dermiques et hypodermiques, offrant tous les caractères cliniques des gommes. Ces lésions ont débuté il y a 7 mois, par de petites tumeurs mobiles sous la peau et indolores, disséminées en différents points du corps. Ces tumeurs, d'abord peu nombreuses, se sont multipliées, puis les plus anciennes ont peu à peu évolué vers la peau qui est devenue adhérente, violacée et a fini par se perforer spontanément en laissant écouler un liquide louche, filant, jaunâtre et sanguinolent.

Actuellement la plupart des lésions dispersées sans aucune systématisation apparente sur la face, sur les bras, sur les jambes et surtout sur les fesses, sont ouvertes. On voit, autour d'un orifice étroit, une zone ovalaire dans laquelle la peau amincie et violacée recouvre une dépression sous-cutanée appréciable au doigt. L'ensemble de la lésion reproduit exactement l'aspect de la gomme tuberculeuse ouverte, et ce diagnostic a été admis à première vue à la consultation. Deux éléments, l'un sur la face interne de la cuisse gauche, l'autre à la partie supérieure interne de l'avant-bras gauche, ont conservé leurs caractères primitifs.

Ce sont des nodosités de la grosseur d'une petite noisette, oblongues, bien limitées, indolentes à la pression, non adhérentes à la peau et un peu mobiles dans le tissu cellulaire.

La nodosité du bras est enlevée le 27 février avec toutes les précautions voulues et son contenu est examiné sur frottis et ensemencé sur gélose glucosée.

L'examen des préparations histologiques et des cultures montre dès à présent tous les caractères des sporotricha. Les cultures, ne datant que de 8 jours, devront être suivies ; mais on peut affirmer qu'il s'agit du *sporotrichum Beurmanni*. Le parasite paraît être identiquement le même que celui du malade qui a été étudié successivement dans mon service et dans celui de M. Danlos (1).

J'ai tenu à faire connaître de suite ce 4^e cas personnel d'une affection que j'ai décrite le premier, que je croyais rare et qui est probablement fréquente. Le premier cas, étudié en 1903 avec M. Ramond, était resté isolé ; les deux faits publiés avec M. Gougerot en 1906 se sont suivis à peu d'intervalle et voici que, reprenant mon service à l'hôpital Saint-Louis, après une absence de plusieurs mois, mais avec l'esprit éveillé sur cette affection nouvelle, je trouve un 4^e cas dès ma première consultation.

Chez cette malade, les raisons de supposer la sporotrichose étaient l'absence totale de tout antécédent syphilitique et de toute ambiance tuberculeuse. Mais l'aspect des lésions était plutôt tuberculoïde, comme l'indiquent l'ouverture spontanée des foyers et la coloration violacée de la peau. À ce point de vue, cette 4^e observation diffère un peu des trois précédentes.

L'étude clinique complète de ce fait sera publiée ultérieurement, ainsi que le résultat de l'étude approfondie des cultures et, en même temps, la malade sera présentée de nouveau à la Société après avoir suivi le traitement par l'iodure de potassium à haute dose, qui doit amener la guérison rapide et complète de tous les accidents.

Nous nous contenterons de dire comme conclusion qu'il y a désormais grand intérêt à supposer et à rechercher le sporotrichum dans tous les cas où le diagnostic de gomme syphilitique ou de gomme tuberculeuse n'est pas parfaitement démontré et que si on fait cette recherche, le nombre des observations de sporotrichose hypodermique augmentera très rapidement.

M. GAUCHER. — J'ai vu plusieurs cas analogues à celui de M. de Beurmann. Le premier a guéri si vite sous l'influence de l'iodure, qu'on n'a pas eu le temps de faire des ensemencements. Dans un autre cas il s'agissait d'un malade manifestement atteint de lésions multiples de tuberculose, son

(1) *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, janvier 1907, p. 19 et 22.

éruption ressemblait tellement à des sarcoïdes que je crus qu'il s'agissait en effet de tuberculides à forme gommeuse. Or le pus fut ensemencé sur des tubes qu'on laissa à la température ordinaire dans le laboratoire ; on vit alors se développer les cultures mycéliennes. C'est donc un hasard qui permit d'arriver au diagnostic exact ; car si les tubes avaient été mis à l'étuve, le champignon n'aurait pas poussé ; il aurait été tué par la température trop élevée. Il est vraisemblable que les champignons pathogènes de ce groupe sont multiples ; car dans les cas examinés on a trouvé des types mycologiques qui paraissent appartenir à des espèces différentes.

M. MONIER-VINARD. — La fréquence de suppurations dues à des champignons filamenteux est certainement plus grande qu'on ne pouvait jusqu'à ces derniers temps le supposer. Personnellement, il nous a été donné d'observer trois malades atteints d'affections de cet ordre (un dans le service de M. Reclus, deux dans celui de M. Gaucher). Nous nous sommes attachés à étudier la pathologie expérimentale de ces parasites et nous comptons pouvoir publier incessamment les résultats que nous avons obtenus. Une des difficultés les plus délicates à résoudre est certainement l'exacte détermination du champignon auquel on a affaire, car l'observation ne peut à son gré provoquer l'apparition des modes de reproduction caractéristiques d'une espèce. Un point intéressant que récemment il nous a été possible d'établir en étudiant et comparant des cas dont l'observation clinique était accompagnée d'une biopsie, c'est que : si certains abcès se multiplient par infection de proche en proche des voies lymphatiques, l'abcès alors étant d'abord sous-cutané tend à s'avancer ensuite à l'extérieur ; d'autre fois au contraire l'infection se fait par la surface du tégument, à la suite sans doute d'excoriations légères, et progresse lentement en surface et en profondeur ; dans la profondeur en donnant une infiltration dermique puis sous-dermique, à la surface en s'étendant circonférentiellement, l'aspect de la lésion rappelant alors celui d'une trichophytie.

M. GASTOU. — A propos de la communication de M. de Beurmann sur la sporotrichose cutanée, je voudrais attirer l'attention de la Société sur quelques particularités de l'étude des sporotrichoses et en général de toutes les mycoses.

Ces particularités sont relatives : 1° à la technique des cultures, 2° à la nature des lésions, 3° à l'existence de mycoses viscérales, en particulier pulmonaires, simulant la tuberculose.

Les observations dont je vais faire part à la Société m'ont été suggérées par un malade que M. Danlos m'avait donné à étudier, malade qui ayant quitté son service est entré dans celui de M. Gaucher où le diagnostic de sporotrichose cutanée a été vérifié par la culture.

Le malade en question était venu chez M. Danlos pour des accidents cutanés et muqueux disséminés présentant les aspects les plus variés et donnant l'impression d'abcès sous-cutanés multiples, d'abcès sous-dermiques, de gommes tuberculeuses dont quelques-unes fistuleuses, voire même de gommes syphilitiques. Le malade avait en outre des végétations anales volumineuses et des lésions pleuro-pulmonaires donnant à l'auscultation tous

les signes d'une tuberculose en voie d'évolution active, d'autant que très amaigri il avait de la fièvre vespérale et un assez mauvais état général.

Je prélevai du pus que j'examinai et ensemençai, je pratiquai une biopsie sur un élément éruptif cutané au début, j'examinai les crachats et fis une radiographie du thorax.

Voici ce que je constatai :

1° A l'examen direct du pus, aucun parasite, pas de bacilles de Koch, ni spirochætes, pus amicrobien.

2° La culture faite sur bouillon, gélatine agar et pomme de terre glycinées, mise à l'étuve, me donna des staphylocoques.

3° La biopsie démontra des lésions analogues à celles que l'on rencontre dans les tuberculides ; une infiltration lymphocytaire très marquée dans un tissu réticulé, quelques cellules géantes. Il n'y avait pas apparence de lésions de nature syphilitique.

Malgré cela un fragment de la biopsie fut traité par la méthode à l'argent pour rechercher le spirochæte.

Une étude approfondie des coupes ne montra rien.

4° L'examen des crachats fut négatif en tant que bacille de Koch. Mon attention ne fut pas attirée plus particulièrement sur d'autres parasites.

5° Enfin la radiographie fit voir nettement qu'il n'y avait aucune trace de ramollissement ou d'infiltration. L'épreuve radiographique des poumons est d'une netteté remarquable comme vous pouvez en juger.

Malgré une étude clinique, bactériologique, anatomique, radiographique que j'avais pu croire complète, je ne pus donner à M. Danlos un diagnostic précis.

Sur ces entrefaites le malade quitte M. Danlos, un de ses enfants étant mort de méningite tuberculeuse, nous dit-il. Quelques semaines après il entre dans le service de M. Gaucher. Son pus ensemencé à nouveau, mais cette fois-ci sur milieu de Sabouraud, fait découvrir un parasite mycélien et l'on porte le diagnostic de sporotrichose cutanée.

J'ai à dessein cité longuement l'histoire clinique et expérimentale de ce malade pour en tirer des conclusions qui me paraissent des plus importantes relativement à l'étude des mycoses cutanées et viscérales.

1° En premier lieu si les mycoses cutanées passent inaperçues, même après la culture du pus, c'est que la technique de recherche est insuffisante. Il faut ensemencer sur des milieux spéciaux, en particulier le milieu de Sabouraud ; il faut laisser les milieux ensemencés à la température du laboratoire, et non pas à l'étuve. Une température élevée facilitant la végétation des microbes pyogènes et empêchant celle des parasites mycéliens. Voilà le point capital pour établir le diagnostic clinique.

2° En second lieu il ne faut pas compter sur la biopsie pour établir un diagnostic certain. Au début de l'évolution des mycoses cutanées, peut-être même sous l'influence de l'espèce mycosique les lésions n'ont pas l'aspect caractéristique dont a parlé M. Gougerot.

3° Enfin, en troisième lieu et c'est, à mon avis, une constatation des plus importantes, il existe des accidents viscéraux et surtout pulmonaires chez des malades atteints de mycoses cutanées.

Le malade de MM. Danlos et Gaucher avait des accidents pleuro-pulmo-

naires à signes tels qu'on ne pouvait porter d'autre diagnostic que celui de tuberculose pulmonaire. Or, pas de bacilles dans les crachats, rien à la radiographie, et aujourd'hui, sous l'influence de l'iodure de potassium, tous les accidents pulmonaires ont, paraît-il, disparu.

Ce fait vient confirmer des présomptions que m'avaient fournies l'étude bactériologique des crachats provenant de malades chez lesquels avait été porté le diagnostic de tuberculose pulmonaire au début. Étude que je poursuis depuis près de dix ans.

J'avais cultivé ces crachats sur milieux analogues à celui de Sabouraud et à la température du laboratoire.

J'avais obtenu des cultures de champignons d'espèces variées. Or, parmi les malades m'ayant fourni ces cultures, quelques-uns ont eu en même temps ou depuis lors des bacilles de Koch, mais la plupart sont guéris, ils n'avaient que des mycoses pulmonaires, et n'étaient point tuberculeux.

J'ai hésité longtemps à publier ces faits, mais aujourd'hui et depuis l'étude des sporotrichoses cutanées ils deviennent pour moi plus compréhensibles.

Les pseudo-tuberculoses mycéliennes sont connues ; mais souvent il doit se faire des infections bronchiques mycéliennes qui deviennent le point de départ soit de mycoses pulmonaires ou viscérales, soit de mycoses cutanées. Au sujet de celles-ci une conclusion s'impose : il faut dans les recherches de laboratoire faire toujours, parallèlement à l'étude microbiologique, aérobie et anaérobie du pus et des exsudats cultivés à l'étuve sur milieux habituels, l'étude des parasites végétaux, mycéliens, ensemencés sur milieux maltosés, lactosés, gélosés et laissés à la température du laboratoire. C'est, je crois, la seule façon de procéder qui permette de poser le diagnostic certain de mycoses viscérales ou cutanées.

M. BAUDOUIN. — Ces faits me paraissent avoir une importance considérable au point de vue du diagnostic de la tuberculose pulmonaire. Il est indispensable qu'à l'avenir on tienne compte de ces pseudo-tuberculoses mycéliennes aussi bien au point de vue du traitement que dans l'établissement des statistiques.

M. DE BEURMANN. — Rien ne pouvait m'être plus agréable que d'entendre citer de nombreux cas d'une affection que j'ai été le premier à décrire avec M. Ramond, puis avec M. Gougerot, et que je suis de plus en plus encouragé à croire fréquente et intéressante. La forme, ou plutôt les formes gommeuses de la sporotrichose sont dès à présent bien décrites et admises avec leurs diverses variétés. J'ai signalé avec M. Gougerot des lésions cutanées primitives d'origine sporotrichosique. Je n'ai pas observé de lésions viscérales et s'il en existe, ce qui est fort possible, le poumon me paraît être un des organes dans lesquels leur étude sera la plus difficile.

Quant à la détermination exacte des espèces, elle est toujours très délicate et cela n'a rien de surprenant puisque le groupe des mucédinées tout entier est considéré par les botanistes comme mal défini et peut-être artificiel. L'autonomie relative et absolue du *Sporotrichum Beurmanni* a été établie par MM. Matruchot et Sabouraud dont la compétence est indiscutable ; son action pathogène est démontrée par les faits. Quant aux variations du type

parasitaire, elles sont peut-être nombreuses et n'ont rien de déconcertant quand on a une juste notion de la difficulté de classement et du pléomorphisme de ces champignons imparfaits.

Évolution et examen histologique de l'éruption psoriasiforme par tuberculine, présentée à la dernière séance.

Par M. MILIAN.

Deux lésions caractérisent avant tout cette éruption : a) une parakératose disséminée, et b) de la congestion du derme papillaire.

La couche cornée est augmentée d'épaisseur et disposée en lamelles stratifiées séparées les unes des autres par des fentes, indices de la desquamation. Mais de place en place, quelquefois superposés, on trouve dans cette couche cornée de *petits « lits » de parakératose* où les noyaux ovalaires ou allongés persistent, mais où les contours cellulaires se sont pourtant effacés. Dans certains de ces lits on trouve quelques polynucléaires.

Le stratum granulosum est distribué irrégulièrement, ici normal, là presque absent, ce qui explique les irrégularités de la parakératose.

Le corps muqueux n'est pour ainsi dire pas intéressé.

Dans le derme papillaire, on trouve des vaisseaux dilatés entourés d'un léger infiltrat; celui-ci est composé de quelques cellules conjonctives et surtout de leucocytes polynucléaires dont le protoplasma n'est pas visible, mais dont le noyau est étiré, réalisant la forme des « chromatocytes » décrits par Legall.

Sur une épidémie de chancres simples.

Par M. H. HALLOPEAU.

Jusqu'en ces derniers temps, nous avons dû considérer cette maladie comme relativement peu fréquente à l'hôpital Saint-Louis; nous étions loin d'en rencontrer un exemple à chacune de nos consultations; à certaines époques seulement, correspondant le plus souvent aux expositions internationales, leur proportion augmentait pendant quelques mois pour revenir à la normale.

Or, il n'en est plus ainsi depuis plusieurs semaines : à chacune de nos consultations, nous voyons se présenter un certain nombre de ces ulcérations; nous en donnerons un témoignage saisissant en disant qu'à l'une de nos dernières entrées de malades dans le pavillon Bazin, 7 sur 10 en étaient atteints. Nos collègues MM. Gaucher et Le Pileur ont également constaté cette recrudescence : il ne peut y avoir là de simples coïncidences. Or, si nous cherchons la cause de cette fréquence, que nous pouvons qualifier d'épidémique, nous ne pouvons la

rattacher qu'à un fonctionnement insuffisant de la police des mœurs : il est établi en effet que cette police, lorsqu'elle est bien faite, réduit dans des proportions considérables le nombre de ces chancres; nous avons constaté, en 1867, que Berlin, où cette police n'existait pas, offrait à cet égard un contraste frappant avec Paris où elle était alors bien organisée. Il semble qu'actuellement cette insuffisance de la surveillance sanitaire soit limitée aux arrondissements de la rive droite qui fournissent la plus grande partie de nos malades de Saint-Louis, car notre collègue M. Renault n'a rien observé de semblable dans son service de Cochin et M. Queyrat n'y a noté qu'une faible augmentation. Nous nous permettons d'appeler sur ce fait des plus regrettables l'attention de M. le préfet de police.

Nous traitons ces accidents, soit par la poudre d'ektogan pure ou en émulsion à 4 p. 30 dans de l'huile de vaseline, soit par la poudre de perborate de soude; les résultats obtenus montrent que l'oxygène à l'état naissant a une action puissante sur le bacille de Ducrey.

Par contre, l'aniodol qui nous avait donné des résultats favorables dans des chancres découverts, a provoqué en injections sous-préputiales chez un malade atteint de phimosis une balano-posthite intense.

Il résulte de ces faits que nous sommes actuellement en mesure d'avoir raison de ces ulcérations par des topiques autres que l'iodoforme à odeur trop caractéristique; c'est là un progrès que nous devons, en bonne partie, à nos collègues de l'hôpital Cochin.

Nouvelle note sur un cas d'ichthyose anormale avec productions bulleuses.

Par M. H. HALLOPEAU.

Si je me permets de vous présenter une fois de plus ce malade, c'est surtout en raison des polémiques qui se sont élevées récemment à propos de ces dystrophies épidermiques et des problèmes cliniques qui s'y rattachent.

Suivant M. Brocq, dont M. Lenglet a adopté la manière de voir dans sa remarquable thèse, ces faits appartiennent à un type morbide différent de l'ichthyose malgré d'apparentes ressemblances dans l'éruption : *il s'en différencie tout particulièrement par le début dès les premiers jours de la vie, par l'envahissement des plis articulaires, par la rougeur initiale du tégument, par une exagération des saillies papillaires, par une sécrétion séborrhéique des plus abondantes du cuir chevelu, par un aspect bombé des ongles, et, parfois, par des soulèvements bulleux.*

L'existence de ce type est incontestable : il est nécessaire seulement d'y ajouter quelques traits importants et de faire passer au second plan des particularités qui ne sont pas constantes ; il y a lieu également de se

demander s'il s'agit d'une maladie spéciale ou d'une forme grave d'ichthyose : c'est cette dernière interprétation que nous avons adoptée dans nos communications en 1893 avec M. Jeanselme et en 1903 ; en renouvelant et développant les arguments qui militent en sa faveur, nous ne ferons que la défendre contre des attaques que nous jugeons imméritées.

ADDITIONS AU TABLEAU MORBIDE. — 1° Il est un fait important que M. Brocq laisse complètement de côté dans sa description, nous voulons parler des *hypoplasies*. Elles sont cependant des plus frappantes ; nous les avons signalées en 1893 avec M. Jeanselme, et M. Audry les a également étudiées ; elles occupent différentes parties du squelette ; elles sont des plus manifestes chez notre malade : nous avons mesuré comparativement la largeur de ses mains, de ses bras, de son thorax et des mêmes parties chez 3 enfants du même âge et nous avons trouvé constamment un chiffre notablement plus faible chez lui que chez les autres.

L'*hypotrophie* peut s'étendre au tégument externe : dans le cas que nous avons publié avec M. Jeanselme, cette hypotrophie dermique mettait la malade dans l'impossibilité de fermer complètement les yeux, d'étendre et de fermer complètement les doigts ; elles donnaient lieu à la formation de plis du visage à chaque mouvement de physionomie.

2° Un second fait que nous devons mettre en relief est l'*intensité de l'hyperpigmentation* : les accumulations épidermiques prennent presque partout une couleur d'un brun foncé approchant celle de la sépia ; cette coloration siège exclusivement dans les produits d'exfoliation épidermique ; la couche sous-jacente est d'un rose clair ; nous nous proposons d'étudier au point de vue de l'histologie cette dyschromie si remarquable : elle laisse loin derrière elle la coloration « parfois un peu brunâtre » dont parle M. Brocq.

3° Les *bulles* se produisent, comme dans la dermatolysis bulleuse congénitale, sous l'influence de traumatismes locaux ; c'est ainsi qu'ayant frictionné chez notre malade pendant quelques instants deux parties de la surface cutanée, l'une sur le dos de la main gauche, l'autre sur la cuisse correspondante, nous les avons vues toutes deux devenir, en moins de 24 heures, le siège de décollements bulleux.

B. *Passage au second plan de diverses altérations.* — 1° La *rougeur généralisée*, que M. Brocq place en tête de sa description et dont il se sert pour dénommer cette dermatose, peut être parfois bien difficile à apprécier, si elle existe réellement ; c'est à peine si nous l'entrevoyons chez notre malade, très peu accentuée, lorsque nous enlevons mécaniquement les squames : elle ne mérite donc pas la place qui lui a été attribuée.

La *sécrétion séborrhéique du cuir chevelu*, qui était des plus abondantes chez tous les malades de M. Brocq, existe à peine et est

même fort contestable aujourd'hui chez notre jeune malade ; les squames qu'il présente dans cette région sont minces et relativement peu abondantes ; elles ne nous représentent qu'une localisation de l'ichthyose généralisée.

C. Discussion. — Ainsi complété et modifié, ce type morbide doit-il être complètement séparé de l'ichthyose vulgaire ?

Nous ne le pensons pas : l'altération épidermique, qui constitue, comme dans cette ichthyose, l'altération capitale, consiste en un même trouble de la nutrition épidermique ; l'aspect des squames est identique lorsqu'il s'agit d'une forme intense d'ichthyose ; elle offre la même surcharge pigmentaire si frappante dans notre type : il suffit, pour s'en convaincre, de jeter un coup d'œil sur les moulages du musée de Saint-Louis. Notre collègue M. Lenglet signale comme signes différentiels la gracilité et le peu d'abondance des cheveux chez les ichthyosiques vrais ; or, un des hommes les plus poilus que j'aie jamais vus est un ichthyosique.

L'apparition précoce des altérations, l'extension aux plis articulaires, sont-ils des faits assez importants pour différencier le type morbide ? Il n'est nullement établi que l'ichthyose vraie ne débute pas beaucoup plus tôt qu'on ne le pense généralement ; si l'altération est peu prononcée, on conçoit aisément qu'elle passe inaperçue, étant donné surtout que l'on baigne généralement tous les jours les enfants du premier âge : un adulte ichthyosique ainsi traité pourrait voir méconnue sa dystrophie cutanée.

On conçoit, d'autre part, que, dans les formes intenses, les lésions n'épargnent pas les plis articulaires.

Enfin, les éruptions bulleuses et les hypotrophies peuvent s'expliquer par un trouble dans la nutrition du derme et du squelette venant se surajouter à la dystrophie épidermique.

Considérant que l'on trouve bien plus de différences entre les diverses manifestations de diverses maladies telles que le lichen de Wilson, la syphilis, le mycosis fongoïde et la tuberculose cutanée qu'entre ces différentes formes de dystrophie épidermique, nous maintenons notre manière de voir : ce sont pour nous des variétés d'un seul et même trouble congénital de la nutrition.

Sur un trajet fistuleux gonococcique du fourreau.

Par MM. H. HALLOPEAU et BOUDET.

Les multiplications des gonocoques en dehors de l'urètre étant exceptionnelles, nous croyons devoir présenter ce malade à la Société.

Le nommé S..., Paul, âgé de 25 ans, salle Bazin, n° 43.

Il y a quatre mois, ce malade a présenté à droite du frein un bouton

d'apparence furonculaire à la suite duquel a persisté une petite fistule par laquelle s'écoulent l'urine et les liquides d'injection.

Préalablement, le malade avait contracté une blennorrhagie, qui, après avoir paru guérie, s'est manifestée de nouveau depuis deux mois et demi.

On sent sous le fourreau jusqu'à 15 millimètres en arrière du gland une induration profonde du volume d'un petit porte-plume, qui se termine en arrière par un orifice ulcéreux du volume d'un gros grain de chènevis; il est entouré d'un rebord légèrement saillant d'environ 1 millimètre de diamètre; à son extrémité antérieure, ce cordon aboutit à un autre orifice qui siège en avant du sillon balano-préputial, immédiatement à droite du frein.

Lorsque le malade fait une injection, elle ressort immédiatement par cet orifice que l'on sent adhérer à l'urètre; il s'agit donc d'un trajet fistuleux.

L'examen bactériologique extemporané nous a montré exclusivement, dans le pus du canal et de la fistule, des gonocoques.

Nous ferons remarquer la circonscription exacte des ulcérations aux deux extrémités du trajet et leurs très petites dimensions; il semble évident que l'épiderme, contrairement à l'endothélium urétral, ne constitue pas pour le gonocoque un bon milieu de culture.

Pour ce qui est du siège du trajet fistuleux, une biopsie, qui dans ces circonstances pourrait n'être pas sans inconvénient, serait nécessaire pour le déterminer.

M. BALZER. — Les lymphangites et les abcès lymphangitiques à gonocoques sont placés à la face dorsale du pénis. Il ne s'agit pas ici d'un abcès, mais bien d'un kyste dermoïde placé à la face inférieure du pénis, le long de l'urètre. C'est d'ailleurs le siège de ces kystes. Avec M. Souplet j'en ai publié jadis un exemple remarquable sous le nom d'abcès canaliculaire le long du raphé médian du pénis. Peu de temps après M. Reclus en publia un nouveau cas et montra qu'il s'agissait là de kystes dermoïdes du raphé médian du pénis dus à un trouble dans le développement des enveloppes de l'organe. Ces kystes peuvent être courts comme dans le cas de M. Hallopeau; ils peuvent aussi s'étendre jusqu'au périnée. M. Mermet a publié dans la revue de chirurgie une monographie dans laquelle il a rassemblé tous les faits publiés. De même que M. Hallopeau, j'ai observé avec M. Edmond Fournier un cas de kyste qui avait été infecté par le gonocoque.

M. HALLOPEAU. — Si j'ai bien compris M. Balzer, c'est aux dépens d'une glande urétrale que se serait développée cette altération funiculaire; cette interprétation nous paraît des plus vraisemblables, mais la dénomination de kyste dermoïde est, suivant nous, défectueuse: le propre de ces kystes, que nous observons souvent au pourtour de l'orbite, est d'être arrondis; or, ici, nous avons affaire à un trajet fistuleux en forme de cordon. Nous ferons remarquer en outre que la nature exclusivement purulente de l'exsudat est également en désaccord avec l'idée d'une production kystique. Nous le répétons, un examen direct, impossible à pratiquer, pouvait seul juger la question.

Sur un nouveau cas d'érythrodermie mycosique.

Par M. H. HALLOPEAU et DESHAYES.

Notre série mycosique se continue : le malade que nous vous présentons aujourd'hui est à la période érythrodermique pure ; nous résumerons ainsi qu'il suit son observation :

Le nommé L..., Gabriel, âgé de 54 ans, manoeuvre, entré le 6 mars 1907, salle Bazin, n° 30.

Le 15 octobre 1906, la maladie actuelle débuta par un prurit intense qui limité d'abord au cou et au visage, s'est ultérieurement généralisé à toute l'étendue des membres et du tronc. Le malade se grattait avec frénésie. En même temps, un érythème est apparu sur le cou, sur la face antérieure des plis des coudes et des avant-bras, ainsi que sur les flancs, les cuisses et les fesses.

Depuis lors, cet ensemble symptomatique a persisté. Aujourd'hui, l'attention est tout d'abord attirée par l'éruption lichénoïde, d'un rouge violacé, qui occupe le cou. Cette éruption s'étend sur tout le pourtour de cette région qui est brillante, quadrillée et légèrement squameuse.

En examinant les autres parties du corps, on constate l'existence d'un érythème identique sur les faces antérieures des bras et des avant-bras, allant depuis dix travers de doigt au-dessous des moignons des épaules jusqu'aux plis de flexion des poignets, empiétant légèrement sur les faces dorsales de ces régions et des mains. Cette éruption est symétrique. On y observe, comme au cou, une coloration violacée, des stries longitudinales de l'épiderme avec de légères squames qui tombent par des grattages énergiques et un aspect brillant (glossy-skin) de la peau.

La même coloration, mais un peu bronzée, avec aspect brillant et grenu de l'épiderme, s'observe sur la face postérieure des fesses et des cuisses ainsi qu'aux creux poplités. La peau présente une induration toute particulière, avec épaissement, surtout au niveau des points où l'érythème est le plus marqué ; l'épiderme y glisse difficilement sur les plans profonds. Cette pachydermie est générale sur toute l'étendue de la surface cutanée.

L'examen des ganglions permet de déceler une adénopathie sus-claviculaire à droite, une précarotidienne à gauche ; on trouve aussi plusieurs ganglions du volume d'une petite noisette dans les plis inguinaux.

Comme trouble fonctionnel, il faut noter une *transpiration* considérable, surtout nocturne ; dans la journée, la sudation est particulièrement accusée sur le tronc.

Le prurit est des plus violents, généralisé, exaspéré au moment des sudations, plus accentué le jour, empêchant le sommeil et forçant le malade à se gratter au point de déterminer une polissure des ongles, sans trace d'éruption de prurigo, sauf dans le dos, au-dessous de la nuque. Il n'y a pas de troubles viscéraux appréciables.

La grande analogie que présentent les symptômes que nous venons d'énumérer avec ceux que nous avons constatés dans la dernière séance chez un autre malade atteint, en tout évidence, d'une érythrodermie

mycosique et avec ceux que l'un de nous a mis en relief dans son travail de 1892 avec M. Besnier, nous permet de porter ici un diagnostic ferme, en l'absence d'une biopsie qui ne peut être pratiquée; en effet, *la rougeur d'une grande partie de la surface cutanée, l'épaississement de la peau, les sueurs incessantes et profuses, le prurit féroce avec usure et aspect poli des ongles, enfin les adénopathies multiples* constituent les traits essentiels et caractéristiques de ce type morbide. Comme particularité anormale, nous n'avons à signaler que le prurigo de la partie postéro-supérieure du dos; il s'agit là très vraisemblablement d'un prurigo pédiculaire, car en règle générale le grattage ne donne pas lieu à la production de ces croûtelles dans les érythrodermies mycosiques non compliquées; il fait d'ailleurs défaut chez ce malade dans les autres parties de la surface cutanée, bien que les grattages y soient aussi fréquents et violents que dans la région indiquée.

Ce cas est d'origine relativement récente; il y a deux mois seulement que les phénomènes se sont accentués: nous ferons remarquer qu'avant le travail de l'un de nous avec M. Besnier en 1892 personne n'aurait songé à porter, dans un fait semblable, le diagnostic de mycosis; il y a donc bien là une forme clinique que l'on peut considérer comme nouvelle, bien qu'elle se rattache par sa nature intime à une maladie connue.

Sur les cicatrices consécutives aux tuberculides papulo-nécrotiques.

Par MM. H. HALLOPEAU et LASNIER.

L'un de nous a déjà présenté, en 1896, ce malade à la Société; il a depuis lors continué à avoir presque tous les ans, le plus souvent pendant l'hiver, son éruption caractéristique sur le tronc et les membres. Nous n'y reviendrons pas. Nous désirons seulement aujourd'hui attirer l'attention sur les caractères des cicatrices qu'elles laissent à leur suite.

Le nommé D..., âgé de 54 ans, salle Bazin, lit n° 88.

Ces cicatrices sont disséminées sur les membres du côté de l'extension et sont surtout abondantes aux membres inférieurs.

Leur disposition est en partie symétrique. On en compte une trentaine sur les cuisses. Il y en a un groupe d'une quinzaine à la partie interne des genoux et supéro-interne des jambes.

Leurs dimensions varient d'un grain de chènevis à celle d'une lentille. *Leur forme* est le plus souvent ovale.

Leurs bords sont taillés à pic. Elles n'ont pas de tendance à former des groupes cycliques. Leur dépression est notable, elle atteint plus d'un millimètre. Elles sont moins colorées que les parties environnantes.

A la partie interne du genou, quelques-unes sont agglomérées et forment des groupes qui atteignent jusqu'à 0,008 de diamètre.

Les éléments qui forment ces groupes ne sont pas fusionnés comme dans les syphilides, leurs rebords restent nettement perceptibles.

Les cicatrices sont également assez nombreuses sur le gland et sur la face dorsale des pièces ; ici elles atteignent des dimensions plus considérables en surface et elles sont plus superficielles, elles atteignent le volume d'un petit haricot.

Il résulte de cette description, dont un moulage de Baretta perpétuera le témoignage, que ces cicatrices diffèrent par leur mode de groupement, leur forme ovale, leurs bords taillés comme à l'emporte-pièce, des cicatrices que laissent les syphilides et les tuberculides bacillaires ; elles méritent d'attirer l'attention car elles sont assez nettement caractérisées pour former les éléments d'un diagnostic rétrospectif.

Chancre syphilitique de l'œil.

Par MM. DANLOS et DEROME.

Il s'agit d'un homme de 70 ans, atteint d'une syphilide roséolique et papuleuse abondante, occupant le tronc, la face et les membres supérieurs.

Le chancre initial caractérisé par sa préexistence et l'adénopathie siégeait à l'angle interne de l'œil gauche ; grand comme une grosse lentille, il était à cheval sur la commissure sans extension à la caroncule et à la membrane nictitante, simplement rouges et tuméfiées. Ce chancre, couvert d'une croûte adhérente, était purement érosif, à bords nets, avec induration peu marquée. Trois ganglions principaux : l'un au-devant de l'oreille, l'autre exactement à l'angle du maxillaire, un troisième vers le milieu du cou, étaient frappés par l'adénopathie chancreuse. Celui situé à l'angle du maxillaire, plus dur et plus volumineux que les autres, pouvait être considéré comme le ganglion anatomique de cette pléiade. Aucun renseignement précis n'a pu être obtenu sur le moment et le mode de la contamination.

M. GAUCHER. — J'ai eu l'occasion d'observer un cas analogue : il s'agissait d'un homme qui avait reçu dans l'œil de la poussière d'un mur qui s'effondrait. Un camarade vint à son secours et lui nettoya l'œil ; est-ce le mur qui était infecté, ou les mains de l'oculiste improvisé, toujours est-il qu'au bout des délais habituels un chancre apparut à l'angle interne de l'œil qui avait été atteint.

Le Secrétaire,

P. DÉHU.

Le Gérant : PIERRE AUGER.

CORBEIL. Imprimerie Ed. CRÉTA.

SÉANCE DU 8 AVRIL 1907 (1)

Présidence de M. Alfred Fournier.

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — Sur les douleurs provoquées par l'huile grise à haute dose, par M. HALLOPEAU. — Sur l'état du corps thyroïde chez les enfants atteints d'ichthyose congénitale, par MM. HALLOPEAU et BOUDET. — Rapport sur la situation de la Société, par M. DANLOS. — Sur un nouvel exemple de psoriasis consécutif à une vaccination, et sa signification, par MM. HALLOPEAU et GASTOU. (Discussion : MM. BRODIER, CRÉQUY, BALZER, A. FOURNIER.) — Conséquences fâcheuses de la radiothérapie chez un enfant atteint de trichophytie, par M. HALLOPEAU. (Discussion : M. BALZER.) — Sur un nævus pileux géant, par MM. HALLOPEAU et LASNIER. — Sur la nature du lichen blanc de Zumbusch, par M. HALLOPEAU. — Éruption post-vaccinale à forme d'herpès, par M. DANLOS. (Discussion : MM. RENAULT, A. FOURNIER.) — Kystes congénitaux du raphé du pénis infectés par le gonocoque, par MM. BALZER et MERLE. (Discussion : MM. HALLOPEAU, DANLOS, BALZER.) — Hidradénomes éruptifs, par MM. BALZER et MERLE. (Discussion : M. HALLOPEAU.) — Contagion syphilitique par un bandage herniaire ; syphilide ulcéro-crustacée généralisée secondaire, méconnue pendant trois mois, par MM. GAUCHER et MONIER-VINARD. — Syphilides tertiaires ulcéro-croûteuses des narines, gomme de la voûte palatine, syphilome diffus du voile et des piliers, kératite interstitielle, chez un hérédo-syphilitique, par MM. GAUCHER et MONIER-VINARD. — Chancre syphilitique du thorax (région axillaire), par MM. GAUCHER et MALLOIZEL. — Eczéma séborrhéique de type anormal, par MM. GAUCHER et MALLOIZEL. — Sporotrichose cutanée hypodermique, dermique, et épidermique, par MM. GAUCHER et MONIER-VINARD. — Note sur les rapports entre les mycoses pulmonaires et cutanées, à propos d'un cas de sporotrichose, par M. GASTOU. — Complément à notre quatrième observation de sporotrichose sous-cutanée, par MM. de BEURMANN et GOUGEROT. — Un sixième cas de sporotrichose ; sporotrichose hypodermique et dermique, par MM. de BEURMANN et GOUGEROT. — Note sur la pathogénie de l'ulcère phagédénique des pays chauds, par MM. de BEURMANN et GOUGEROT. — Action des eaux de la Bourboule sur l'élimination de quelques éléments urinaires dans les dermatoses dites diathésiques, par MM. GASTOU et FERREYROLLES. — Les eaux de la Bourboule en injections sous-cutanées (comparaison avec les sérums artificiels, l'eau de mer et les eaux radio-actives), par MM. GASTOU et FERREYROLLES. — Élections.

Ouvrages offerts à la Société.

FAUCONNET. — Zur Kenntniss des Resorptionsvermögens der normalen und kranken Haut. Extr. : *Deutsch. Arch. für klin. Mediz.*, 1905.

(1) Les séances supplémentaires relatives à l'huile grise et auxquelles il est fait allusion dans ce bulletin paraîtront ultérieurement.

- JADASSOHN. — Die Tuberculose der Haut. Extr. : *Handbuch der Hautkrankheiten*. Wien, 1904.
- Ueber die Complicationen der Gonorrhoe. Extr. : *Die Deutsche klinik*, 1906.
- JADASSOHN et LEWANDOWSKI. — Pachyonychia congenita. Extr. : *Ikonographia Dermatologica*, 1906.
- JADASSOHN et BAYARD. — Ueber die Lepra im Kanton Wallis. Extr. : *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*, 1907.
- LEWANDOWSKI. — Zur Pathogenese der multiplen Abszesse in Säuglingsalter. Extr. : *Arch. f. Derm. und Syph.*
- PHOTINOS. — Ueber eine seltenen Fall von Pityriasis rosea. Berlin, 1906.
- Ueber einige Kulturen und mikroskopische Präparate von Herpes tonsurans. Berlin, 1907.
- Die Bedeutung von Wachsabdrücken (moulages) für Dermatol. und Syph. Berlin, 1907.
- Contrib. à l'étude et au traitem. des affections cut. et ganglionn. de la région inguino-crur. Paris, 1906.
- TOMINATSU SCHIDACKI. — Experimentelle Erzeugung von Hidrocystomen. Extr. : *Arch. f. Derm. und Syph.*, 1906.
- Ueber nodöse Iodexanthema. Extr. : *Mediz. Klin.* 1907.
- HEDINGER. — Ueber den Zusammenhang der Dermatitis exfoliativa neonatorum mit dem Pemphigus acutus neonatorum. Extr. : *Arch. f. Derm. und Syph.*
- POLLIO. — Ueber Pigment-Nävi. Extr. : *Arch. f. Derm. und Syph.*
- LOMBARDO. — I corpi inclusi della Cellule Giganti. Milan, 1903.
- JAMPOLSKI. — Ueber das Vorkommen von Ernst'schen Keratingranula. Extr. : *Deut. Mediz. Zeit.*, 1907.
- BRINITZER. — Temperatursteigerung nach Thiosinangebrauch. Extr. : *Berlin. klin. Woch.*, 1906.
- JULIUSBERG. — Zur Kenntnis des Virus des Molluscum contagiosum des Menschen. Extr. : *Deut. mediz. Woch.*, 1903.
- MICROLUBOW. — Ueber Granulosis rubra nasi und ueber miliaria crystallina und alba. Berlin, 1906.
- LESSELIERS. — Contrib. à l'étude du lichen scrof. Extr. : *Ann. de Derm. et de Syph.*
- WINKLER. — Beitrag zur Frage der « Sarkoïde » (Boeck) resp. der subkutanen nodulären Tuberculide (Darier). Extr. : *Arch. f. Derm. und Syph.*, 1903.
- Beiträge zu der Frage der paraurethralen Gonorrhoeischen Erkrankungen. Extr. : *Monatschr. f. Urologie*, 1903.
- COHN. — Ein Fall von paraurethralen Gonorrhoe. Extr. : *Deutsch. Mediz. Woch.*, 1907.
- SCHULTZ. — Gonorrhoeische Lymphangitis. Extr. : *Deutsch. mediz. Woch.*, 1906.

Sur les douleurs provoquées par l'huile grise à haute dose.

Par M. H. HALLOPEAU.

J'ai à m'accuser d'avoir combattu, dans ma communication relative aux injections d'huile grise, l'adjonction à cette préparation d'une

substance analgésique. Je me fondais sur le peu d'intensité de la souffrance que provoquent les injections de 7 à 8 centigrammes de mercure auxquelles on s'en tenait le plus souvent jusqu'à la publication des travaux de M. Duhot; or, j'ai reconnu, depuis lors, que cette manière de voir n'est pas toujours applicable aux injections de 10 centigrammes: celles-ci provoquent, au contraire, parfois des douleurs violentes et persistantes; d'après des récits de malades, elles ne paraissent pas le céder à celles que provoque le calomel, et ce n'est pas peu dire; il y a donc lieu de chercher à atténuer cette douleur qui pourrait être préjudiciable à la méthode de traitement.

On pourra dans cette idée recourir au gaïacoloïd de M. Duret, si l'on constate toutefois qu'il ne se résorbe pas plus rapidement que le mercure dont l'action irritante ne se manifeste qu'au bout d'environ 3 jours; on pourra également recourir à un artifice de technique en faisant l'injection en deux temps séparés par un retrait de l'aiguille, enfoncée d'abord très profondément. Si ces moyens échouaient, nous n'hésiterions pas à faire deux injections de 5 centigrammes au lieu d'une de 10.

Grâce à l'une de ces mesures, ce grave inconvénient de la méthode pourra être éliminé.

Sur l'état du corps thyroïde chez les enfants atteints d'ichthyose congénitale.

Par MM. H. HALLOPEAU et BOUDET.

Nous avons étudié à ce point de vue le jeune malade que nous avons présenté dans notre dernière séance; nous n'avons pu arriver à percevoir chez lui la saillie de cette glande; il semble donc, au premier abord, que ce fait vienne à l'appui de l'origine athyroïdienne de cette dystrophie, mais, en examinant au même point de vue, plusieurs enfants du même âge, nous avons constaté que le corps thyroïde était également très peu développé chez la plupart d'entre eux, sans qu'il y eût d'ichthyose concomitante: il n'est donc pas établi que l'athyroïdie soit la cause prochaine de cette dermatose.

Rapport sur la situation de la Société

Par M. DANLOS, secrétaire général.

Mes chers collègues,

Pour les raisons que j'ai indiquées l'an dernier et sur lesquelles il est inutile de revenir, je vous dirai peu de chose sur la situation morale de la Société.

Le comité de direction n'est intervenu que dans la mesure prévue par le règlement pour le fonctionnement normal (examen des candidatures, ordre des séances), et la situation financière est bonne.

Il en est de même de notre situation scientifique. Les présentations sont toujours nombreuses et pleines d'intérêt ; nous pourrions cependant faire mieux encore. Plusieurs de nos collègues les plus distingués se désintéressent de la Société, n'assistent plus à nos séances, et ne prennent pas part à nos discussions, nous privant du bénéfice de leur expérience ; beaucoup de matériaux sont ainsi perdus ou mal utilisés. D'autre part, rien n'a été fait pour remédier à l'ordre un peu confus des présentations et des discussions. Je fais appel à la bonne volonté de tous pour améliorer cette situation et je voudrais espérer que mon appel sera entendu.

Nous avons, depuis la dernière assemblée générale, nommé de nouveaux collègues, auxquels je souhaite en votre nom la bienvenue. Ce sont :

MM. Apert, Bercat, Bernstein, Coyon, Druelle, Duhot, Eck, Ferreyrolles, Foulquier, Fouquet, Hallé, Louste, Monier, Nicolas (de Lyon), Noiré, Petges, Pignot, Rochard, Sabareanu, Teulon-Valio, Thorel, Vedel, membres titulaires ;

MM. Constantino Leo (de Rome), Dodsworth (de Rio de Janeiro), Photinos (d'Athènes), Polano et Selhorst (de La Haye), Spitzer (de Vienne), Gonzalès Uruena (de Mexico), membres correspondants.

MM. Ricard, Riocreux et Suchard nous ont adressé leur démission.

La mort a fait dans nos rangs des vides profondément regrettables.

Le 20 juin 1906 s'éteignait, victime d'une maladie lente et implacable, un de nos collègues les meilleurs et les plus estimés, TOUSSAINT BARTHÉLEMY, médecin de Saint-Lazare. D'abord interne, puis chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis, il s'était spécialisé de bonne heure dans l'étude des maladies de la peau. A peine au sortir de l'internat il se signalait à l'attention des médecins dermatologistes par une traduction de l'ouvrage de Duhring, qu'il enrichissait de notes judicieuses. Peu de temps après, paraissait son étude sur le follicle et l'acné. Depuis lors, sa production dans le domaine de la dermato-syphiligraphie ne s'est jamais ralentie. Parmi ses nombreuses publications, je citerai particulièrement son traité du Dermographisme, ses mémoires en collaboration avec Oudin sur les rayons X, leur emploi thérapeutique et les accidents qu'ils peuvent déterminer ; enfin ses études sur la prévention de la syphilis, sujet de prédilection sur lequel il est mainte fois revenu dans les assemblées dont il faisait partie, notamment à la Société de prophylaxie. Mais ce qui nous touche plus particulièrement dans sa carrière scientifique, c'est l'intérêt considérable qu'il prenait à nos travaux. Membre fondateur de la Société de dermatologie et auditeur assidu de nos séances, il se signalait par des communications toujours pleines d'intérêt et par son incessante intervention dans nos

discussions, surtout en matière de syphilis. Il y apportait une grande courtoisie, un jugement sûr, un esprit d'observation toujours en éveil et des vues souvent ingénieuses. C'est à lui que l'on doit l'invention de la seringue à petit calibre qui a permis de vulgariser le traitement de la syphilis par l'huile grise. Ce progrès si simple et pourtant si considérable est caractéristique de ses tendances. Toujours il se distinguait par le tour pratique de ses conceptions et c'était là, pourrait-on dire, la marque de son talent. Sa disparition prématurée est une perte réelle pour la syphiligraphie et laissera de profonds regrets dans notre Société où, par l'urbanité de ses manières et la sûreté de ses relations, il ne comptait que des amis.

La date du 20 juin devait être doublement fatale à notre Société, car le jour même où mourait Barthélemy, nous avions la douleur de perdre un autre de nos collègues, ALBERT JOSIAS (1852-1906). Celui-ci, à l'inverse de Barthélemy, ne fréquentait pas nos séances et était inconnu de plusieurs d'entre nous. Au début de sa carrière, il s'était pourtant occupé de dermatologie. Interne à Lourcine, puis à Saint-Louis dans le service de M. Besnier, plus tard chef de clinique de Hardy, il avait été initié par ces maîtres éminents à l'étude des maladies de la peau, et tout d'abord on put croire qu'il marcherait sur leurs traces. Une étude sur la syphilis transmise par le tatouage, et un mémoire en collaboration avec Brissaud sur les gommescrofuleuses et leur nature tuberculeuse avaient attiré sur lui l'attention. Mais il ne persévéra pas dans cette voie, et nous ne trouvons plus d'autre indice de ses affinités dermatologiques qu'une étude sur le naphthol β à propos du traitement de la gale et un article sur le traitement de la scrofule dans le traité d'A. Robin.

Bien qu'il eût rompu avec la dermatologie, Josias ne restait pas inactif ; mais son service à l'hôpital Bretonneau, une grande clientèle absorbaient ses efforts, et, depuis cette orientation nouvelle, il était trop occupé pour se souvenir de notre Société. Titulaire d'un nombre considérable de places, membre de l'Académie de médecine et d'une multitude d'autres sociétés savantes, notre collègue était, dans toute la force du terme, un homme arrivé au delà de son espérance et semblait pouvoir envisager l'avenir avec confiance et sérénité. Une maladie douloureuse et inexorable a brisé avant le temps cette brillante et facile carrière. Heureux jusque dans son malheur, Josias conserva, pendant cette période d'épreuve, l'optimisme que justifiait une longue série de succès ; il nourrit jusqu'à la fin l'espoir d'une guérison prochaine, illusion précieuse qui adoucissait pour lui l'amertume des derniers jours.

PIERRE MERKLEN (1852-1906), dont nous déplorons la mort survenue le 12 octobre dernier, avait été interne de M. Besnier, comme Josias, et comme lui avait abandonné les maladies de la peau pour la médecine générale. Toutefois il ne les avait pas quittées sans esprit de retour et,

dans ces dernières années, il avait donné à la *Pratique Dermatologique* un article Urticairé très complet et documenté. On lui doit, dans le dictionnaire de Dechambre, l'article Herpétisme. De 1881 à 1890, il publia dans les *Annales de Dermatologie*, dont il était secrétaire, « de nombreuses revues générales et quelques articles originaux : sur le psoriasis buccal, l'herpès, la pelade, la scrofule, la tuberculose, les manifestations cutanées du paludisme, le tubercule anatomique et l'inoculation tuberculeuse ». Mais l'intérêt qui s'attache à ses publications dermatologiques est la moindre partie de son œuvre. Ce sont surtout ses études sur les maladies de l'appareil circulatoire qui ont donné à son nom une légitime notoriété, et l'on peut dire sans exagération qu'il fut, parmi nos contemporains, un des maîtres les plus réputés de la pathologie du cœur.

Il fut aussi, et je rappelle ce souvenir pour ceux d'entre nous qui ne l'ont pas connu, un homme de bien, un caractère loyal et sûr, d'une probité scientifique et d'une dignité parfaites, un médecin dévoué à ses malades. Aussi sa disparition a-t-elle été douloureusement ressentie, en mémoire du bien qu'il avait fait, en regret de celui qu'il aurait fait encore, si la mort aveugle et barbare ne l'avait pas frappé à l'âge de 54 ans.

ACHILLE DRON, mort le 26 décembre dernier, à l'âge de 76 ans, avait été chirurgien de l'Antiquaille pendant 18 ans, de 1863 à 1881. Durant cette période, tout en se livrant avec succès à la chirurgie générale, il publia, sur les maladies vénériennes et pseudo-vénériennes, sur la greffe épidermique, sur le raclage dans les maladies de la peau, des études intéressantes. On lui doit surtout sa thèse sur le virus syphilitique (1856), la connaissance de l'épididymite secondaire (1863), et « un mémoire capital (1870) sur la syphilis des nourrices, dans lequel il mettait en évidence la valeur diagnostique de la succession des accidents et de leur chronologie dans la question de responsabilité civile pour transmission de syphilis des nourrissons aux nourrices » (Thibierge). Vivant à Lyon loin de nous, il n'était guère connu que de nom dans notre Société ; mais il y avait la réputation d'un clinicien de haute valeur et d'un homme d'aménité parfaite. Un de nos collègues de Lyon, Horand, dans un discours ému prononcé sur sa tombe, a fait un éloge mérité de ses qualités de chirurgien, de syphiligraphe et d'homme de bien.

XAVIER GALEZOWSKI (1833-1907), enlevé à notre amitié il y a 15 jours à peine, a été la dernière victime faite parmi nous cette année. Comme nos précédents collègues, bien que membre de notre Société, il ne s'occupait pas particulièrement de dermatologie et de syphilis. Ses mérites étaient d'un autre ordre et c'est comme ophthalmologiste qu'il était surtout connu. Il a tenu dans l'oculistique contemporaine, par son enseignement oral et ses publications, une place éminente. Fondateur

du journal devenu depuis le *Recueil d'ophtalmologie* (1872) ; il a publié un traité des maladies des yeux (1870), un traité iconographique d'ophtalmoscopie (1877), un ouvrage sur l'hygiène de la vue, et bien d'autres d'importance moindre. Ce qui nous intéresse surtout dans ses travaux, c'est l'étude spéciale qu'il a faite des affections syphilitiques profondes de l'œil. Toutes les fois qu'au cours de nos présentations une question de ce genre se posait, il intervenait dans un langage hésitant, parfois même incorrect, mais avec l'autorité d'une grande expérience. Malgré une longue existence passée presque entière dans notre pays, il avait en effet conservé un accent étranger et une inexpérience de notre langue parlée qui surprenaient chez un homme aussi cultivé, et qui nuisaient un peu à l'intérêt oral de ses communications. Je rappelle, pour mémoire, l'opinion qu'il défendait avec conviction relativement à la supériorité des frictions sur tout autre traitement dans la choréïdite syphilitique. Pour lui, les frictions, poursuivies pendant 2 ans suivant certaines règles, sont le meilleur traitement, le seul même, disait-il, qui assure des guérisons définitives.

Galezowski s'est éteint à l'âge de 74 ans, après une vie de travail et de succès professionnels faisant quelque honneur à son pays d'adoption, la France, et à son pays d'origine, la Pologne, où il était né à Lipowice en l'année 1833.

Je rappelle en outre à vos regrets les noms des membres correspondants étrangers décédés dans l'année : MM. Haslund (de Copenhague), Tarnowsky (de Saint-Petersbourg), Neumann (de Vienne).

Le Secrétaire général lit ensuite le rapport du TRÉSORIER sur la situation financière de la Société.

Sur un nouvel exemple de psoriasis consécutif à une vaccination, et sa signification.

Par MM. H. HALLOPEAU et GASTOU.

Le nommé P..., qui nous a été adressé à notre consultation par M. le Dr Létienne, a été vacciné le 2 mars, au bras gauche ; il a subi trois inoculations, aucune d'elles n'a été suivie de succès ; mais, environ 6 jours après, il s'est aperçu par hasard, en se découvrant, qu'il était atteint, aux points d'inoculation et en différentes parties de la surface cutanée, d'une éruption : elle était dès lors plus marquée au niveau et au pourtour des piqûres d'inoculation que dans ses autres localisations ; jamais auparavant P... n'avait eu de semblable dermatose. Nous constatons dès lors qu'il s'agit d'un psoriasis typique. Aujourd'hui, c'est-à-dire 8 jours après, les trois placards correspondant aux points d'inoculation ont plus que doublé d'étendue et l'on note à leur pourtour des

éléments plus petits, indices de prolifération de l'agent infectieux. Bien que le malade ne puisse dire si l'éruption a, oui ou non, débuté au niveau des inoculations, on peut, en raison de la plus grande étendue qu'y présente chacun des placards, répondre par l'affirmative.

On trouve dans la littérature médicale plusieurs faits semblables : si nous rapportons celui-ci, c'est surtout dans le but d'en montrer la signification.

On sait qu'il existe trois grandes théories étiologiques du psoriasis : la théorie nerveuse, la théorie dyscrasique et la théorie parasitaire ; les pathologistes prudents, tels que MM. Gross et Audry dans les excellents articles qu'ils ont récemment consacrés à l'étude de cette maladie, s'abstiennent de se prononcer.

M. Audry refuse même à qui que ce soit la faculté de le faire. Nonobstant cette interdiction, nous nous permettrons de mettre en relief la valeur des arguments que les faits de cette nature apportent en faveur de la théorie parasitaire. En premier lieu, comment expliquer cette action de l'inoculation vacciniennne dans la théorie nerveuse et dans la dyscrasique ? Dans celle-là, la vaccination n'aurait pu que mettre en branle la disposition nerveuse ; pourquoi cette même disposition n'aurait-elle pas produit les mêmes effets lors des autres traumatismes que le malade a subis depuis sa naissance ? Comment s'expliquer ce trouble pathogénique puissant qui existerait exclusivement dans la nutrition de la peau et se traduirait uniquement par ces éruptions ? comment concevoir sa progression excentrique dans les grands placards serpigneux ou polycycliques ? Vraiment, cela ne se tient pas debout.

Les mêmes objections s'élèvent contre la théorie dyscrasique.

Dans la théorie parasitaire, on conçoit au contraire la possibilité de l'introduction, par l'aiguille du vaccinateur, de germes infectieux qui se multiplient dans l'enveloppe tégumentaire. Le succès de l'inoculation pratiquée chez notre confrère Destot, dont on a à tort contesté la valeur, témoigne dans le même sens. Mais comment concevoir chez notre malade l'introduction de l'agent infectieux du psoriasis avec le vaccin provenant de la génisse, animal qui paraît réfractaire à cette maladie ? Deux hypothèses peuvent être faites : l'une, sur laquelle nous ne nous arrêterons pas, serait celle d'une vaccination antérieure d'un psoriasis avec la même aiguille : elle est bien peu vraisemblable, en raison des soins minutieux qui sont pris par les vaccinateurs.

L'autre a trait à la présence, dans l'épiderme du malade, de germes infectieux restés jusqu'alors latents faute d'une porte d'entrée : c'est cette interprétation qui nous paraît la plus plausible.

Cette présence de germes dans la peau serait-elle de date récente ou ancienne ? Faut-il considérer ce champignon comme habitant d'ordinaire la peau à l'instar du pneumocoque dans la cavité buccale et,

à son exemple, n'intervenant comme agent pathogène que chez les sujets lui offrant un milieu de culture favorable par prédisposition acquise ou héréditaire? Il appartiendra à la bactériologie d'en décider. Quoi qu'il en soit, ces cas multiples d'inoculation vaccinale de psoriasis nous paraissent plaider puissamment en faveur de la théorie parasitaire déjà rendue si vraisemblable par les faits de contagion, par la progression des éléments en foyer à progression excentrique et par l'action curative des parasitocides administrés *intus* et *extra*.

M. BRODIER. — J'ai observé un cas de psoriasis consécutif à une injection sous-cutanée de 30 centimètres cubes de sérum antidiphthérique. Il s'agissait d'un jeune homme n'ayant jamais eu de psoriasis et ne connaissant aucun cas de psoriasis dans sa famille. L'éruption débuta, quinze jours environ après l'injection, exactement à l'endroit de la piqûre; puis elle atteignit le reste du tronc et les membres.

M. CRÉQUY. — J'ai pratiqué un nombre considérable de vaccinations et n'ai jamais observé le psoriasis dit vaccinal. C'est donc un fait extrêmement rare et qui ne peut être une objection à la vaccination; il est important de le noter.

M. BALZER. — La vaccine n'a peut-être été ici qu'une cause occasionnelle de l'éruption. J'ai vu la syphilis déterminer une éruption de psoriasis.

M. A. FOURNIER. — Des causes morales peuvent déterminer le psoriasis; dans deux cas, je l'ai vu survenir après une peur.

Conséquences fâcheuses de la radiothérapie chez un enfant atteint de trichophytie.

Par M. H. HALLOPEAU.

Nous avons vu récemment un enfant qui avait subi, dans une grande ville de province, le traitement de plaques multiples de trichophytie par les rayons X; il est guéri de sa teigne, mais, à quel prix! De vastes parties de son crâne sont complètement dénudées ou parsemées seulement de quelques cheveux d'aspect laineux; la peau y a pris un aspect cicatriciel; elle est amincie. En toute évidence, il s'agit là d'altérations définitives et les lésions sont tellement étendues qu'elles ne pourront être qu'incomplètement masquées par le développement des parties persistantes de la chevelure. Loin de nous l'idée de combattre la mise en œuvre de ce puissant agent thérapeutique à qui l'on doit une véritable révolution dans le traitement de la teigne ton-dante: nous voulons seulement montrer à quels dangers il peut entraîner même les plus expérimentés et combien il est nécessaire de ne l'appliquer qu'avec les plus minutieuses précautions.

M. BALZER. — J'ai observé un malade chez qui on avait fait, à l'étranger, de

nombreuses applications de rayons X pour le guérir d'une trichorrexis nodosa de la barbe. Cet homme eut une radiodermite qui dura près d'un an et qui laissa après elle une dépilation complète et définitive ainsi qu'une décoloration disgracieuse des téguments correspondants.

Sur un nævus pileaire géant.

Par MM. H. HALLOPEAU et LASNIER.

Ce nævus occupe la plus grande partie de la région dorsale; il représente *grosso modo* un cœur dont la base s'étendrait dans tout l'espace qui sépare les omoplates et dont la pointe répondrait au sacrum; il est fortement pigmenté, présente quelques saillies verruqueuses et les poils qui le recouvrent sont longs, noirs, soyeux, doux et très serrés.

En présence de ce fait, la question que nous nous sommes posée et que nous avons soumise à l'appréciation de notre collègue M. Noiré, si compétent en cette matière, était de savoir s'il convenait, ou non, de traiter ce nævus par les rayons X; nous sommes tombés d'accord pour la résoudre négativement par les raisons suivantes: d'une part, cette malformation, complètement masquée par les vêtements, n'offre aucune conséquence fâcheuse; d'autre part, si l'on enlevait les poils par les rayons X, il resterait une surface fortement pigmentée, plus laide certainement qu'elle ne l'est actuellement; enfin pour enlever cette pigmentation par ces mêmes moyens, il faudrait détruire partiellement le derme et donner lieu ainsi à la formation d'un tissu de cicatrice qui pourrait ne pas être sans danger, car il pourrait offrir un terrain favorable au développement d'un épithélioma.

Nous avons donc conseillé au jeune homme de garder son nævus.

Sur la nature du lichen blanc de v. Zumbusch.

Par M. H. HALLOPEAU.

M. v. Zumbusch vient de décrire sous ce nom un type morbide qu'il considère comme une maladie non décrite avant lui: il se base sur un fait qu'il a observé dans le service du professeur Richl; sa description peut être résumée ainsi qu'il suit:

L'éruption a débuté, il y a 4 ans, avec de vives démangeaisons, en différents points de la surface cutanée; des efflorescences se sont depuis lors produites, persistant pendant des mois pour rétrocéder ensuite en grande partie sans laisser de traces appréciables; elles occupent actuellement les faces palmaires des avant-bras, les épaules, la nuque, le dos et, en petit nombre, la poitrine; elles sont irrégulièrement groupées et souvent confluentes; leurs dimensions varient de celles d'une tête d'épingle à celles d'un pfennig; les éléments

jeunes sont arrondis ou légèrement polygonaux, saillants, nettement limités; leur coloration varie du lilas pâle au rouge assez intense; leur surface est lisse; leur consistance peu marquée. Les foyers plus anciens et plus étendus présentent des caractères différents: les éléments y sont confluent, sauf dans quelques points où l'on a l'impression que des papules se sont fusionnées en mosaïque; certaines plaques sont polycycliques; un liséré érythémateux, atteignant au plus un millimètre de rayon, les entoure. La couleur des placards confluent est des plus remarquables; leur blancheur est comparable à celle de la porcelaine ou à celle de la peau qui a subi l'action suffisamment prolongée de l'acide phénique cristallisé; leur consistance est ferme; leur surface est lisse, brillante; dans quelques groupes, elle est surmontée, par places, de petites saillies acuminées. On voit aussi, çà et là, des dépressions du volume de grains de pavots. Divers foyers sont en évolution rétrograde; ils arrivent à n'être plus représentés que par une pigmentation de la peau avec de légères dépressions qui correspondent peut-être à des atrophies: la disparition peut être assez complète pour que l'on ne puisse reconnaître quelles parties ont été intéressées.

Un traitement par l'arsenic paraît avoir enrayé le développement des éléments éruptifs.

L'examen histologique d'un fragment de papule a donné les résultats suivants: la couche cornée est un peu épaissie; la couche de kératohyaline est plus développée que dans les parties saines; au niveau des papilles et dans la moitié supérieure du derme, le tissu connectif a pris un aspect homogène; sa structure fibrillaire n'est plus que partiellement reconnaissable; on voit quelques cellules rondes autour des vaisseaux; elles sont plus nombreuses et coexistent avec un infiltrat inflammatoire des plus prononcés au pourtour de la lésion; on y trouve des cellules conjonctives en quantité anormale; les fibres élastiques ont disparu dans la partie où le tissu conjonctif a pris l'aspect homogène; tels sont, dans leur ensemble, les caractères de cette remarquable dermatose.

Cette histoire pathologique est des plus intéressantes, mais faut-il admettre, avec l'auteur, qu'il s'agit d'une maladie non encore décrite ou n'a-t-il pas eu plutôt affaire à une variété du lichen de Wilson à forme scléreuse?

M. v. Zumbusch ne méconnaît pas les analogies qui existent entre ce type morbide et le lichen: il indique à cet égard la couleur et les dimensions des éléments récents, leur tendance à former des groupes par adjonction de nouvelles papules, la guérison avec pigmentation et le léger degré d'atrophie; nous y ajouterons la coloration blanche des éléments, les dépressions nombreuses et les concrétions saillantes ou non ainsi que le prurit intense, le liséré rouge périphérique et les localisations au-dessus des poignets sur les faces palmaires des avant-bras.

Les grandes dimensions des foyers ne sont pas incompatibles avec cette interprétation. Dans notre observation de 1898, une grande nappe éruptive s'étendait transversalement entre les seins et au-dessus d'eux, en même temps qu'elle remontait jusqu'à leur partie la plus élevée.

Suivant M. v. Zumbusch, ce lichen scléreux se différencierait de l'éruption de son malade par l'aspect plan des éléments qui ne devraient leur couleur blanche qu'à leur transformation en tissu de cicatrices; nous ne pouvons admettre la légitimité de cette différenciation, car il est indiqué dans cette même observation, et surtout dans celle que nous avons présentée en 1889 à nos collègues de l'hôpital Saint-Louis, qu'une partie des éléments décolorés sont saillants; le musée de l'hôpital Saint-Louis en a conservé le témoignage. J'ai argué de ce fait pour changer l'étiquette de cette forme morbide et substituer celle de lichen plan scléreux à celle de lichen plan atrophique que j'avais d'abord adoptée. M. v. Zumbusch se fonde surtout sur les résultats de l'examen histologique pour séparer les deux affections: l'aspect homogène du derme, l'atrophie des fibres élastiques seraient caractéristiques. Or, si l'on se reporte à l'examen histologique dont les résultats ont été donnés par M. Darier dans un cas analogue, on voit qu'il y a au contraire des traits communs frappants entre sa description et celle de M. v. Zumbusch: tels sont l'épaississement de l'épiderme sans présence de noyaux, l'absence d'épaississement du corps muqueux de Malpighi, l'état très dense avec tassement des faisceaux conjonctifs du corps papillaire et de la partie superficielle du chorion; les fibres élastiques y sont très fines, l'aspect de cette couche est très homogène; au-dessous, il existe une infiltration de cellules rondes.

Nes'agit-il pas là de lésions de même nature que celles qu'a signalées M. v. Zumbusch, à une période un peu moins avancée de leur évolution? cette finesse des fibres élastiques n'est-elle pas l'expression de leur atrophie? Pour nous, en raison de si nombreux caractères communs, nous n'hésitons pas à répondre par l'affirmative et nous sommes convaincu que la très remarquable étude de M. v. Zumbusch se rapporte à un beau type de la forme scléreuse du lichen de Wilson; il est donc inutile de créer pour le désigner cette nouvelle dénomination de *lichen blanc*, d'autant mieux qu'elle n'est pas rigoureusement exacte puisque les éléments peuvent être au début d'un rouge vif. Nous rappellerons que nous avons publié quatre cas de cette forme de lichen, que M. Darier vous en a communiqué un autre et qu'une observation de lichen atrophique et pigmenté, présentée par M. Gaucher à notre Société, se rattache très vraisemblablement à ce même type qui n'est donc pas absolument rare.

Nous avons fait remarquer déjà que nos communications sont les premières dans lesquelles on ait signalé cette modalité scléreuse des papules de lichen; Kaposi n'a eu sous les yeux, dans le cas unique qu'il a signalé, que des cicatrices consécutives à des papules de lichen plan vulgaire; il n'a donc pas, comme on l'a dit à tort, observé le premier notre forme scléreuse.

Éruption post-vaccinale à forme d'herpès.

Par M. DANLOS.

Il s'agit d'un bébé de six mois, vacciné avec succès, chez lequel se développa, le huitième jour après l'inoculation, une éruption qui en l'espace de 3 jours se généralisa, ou plutôt se dissémina un peu partout, ne devenant confluent qu'à la partie interne des fesses et à la région interfessière. Pendant ces 3 jours l'enfant fut un peu chaud et grognon, sans cesser de bien téter. Au 4^e jour, quand il nous fut présenté, les boutons vaccinaux s'étaient transformés en croûtes épaisses et il n'y avait pas de fièvre.

À la face, l'éruption anormale se limitait au pourtour des lèvres, sous la forme d'un semis de papules et de vésicules *non groupées*. On voyait aussi, sur la pointe de la langue, deux petites érosions probablement consécutives à des vésicules rompues. Partout ailleurs, l'éruption était franchement herpétique, caractérisée par des éléments vésiculeux, de volume inégal, groupés sur un fond rouge débordant en liséré. Ça et là se voyaient aussi des vésicules isolées de volume inégal et en petit nombre d'ailleurs. Les groupes herpétiques étaient non symétriques, au nombre de 8 à 10 de chaque côté sur les membres supérieurs, plus nombreux et assez symétriques sur les membres inférieurs dont ils occupaient surtout les faces antérieure et interne, ainsi que la plante des pieds des deux côtés. Sur le tronc, peu d'éléments, sauf à la rainure interfessière et à la partie adjacente des fesses, dont les groupes devenus confluent occupaient toute l'étendue. Les vésicules constituant les groupes rappelaient typiquement celles de l'herpès. Elles étaient sereuses au début puis bientôt louches, aucune ne présentait d'ombilication. Après 4 à 5 jours, elles se séchèrent avec ou sans rupture et sans produire d'ulcérations vraies. Pansement à la vaseline et à l'amidon ; sur plusieurs points infectés, pansement humide. Le contenu de quelques vésicules, à la plante des pieds, se solidifia par une sorte de coagulation de l'exsudat. Actuellement, 14^e jour, la guérison est presque complète.

Cette éruption se distingue de la varicelle par le groupement en herpès ; de la vaccine généralisée par l'aspect d'herpès et l'absence d'ombilication ; du pemphigus des nouveau-nés par les mêmes caractères et par l'âge de l'enfant ; du pemphigus syphilitique, auquel un médecin avait pensé (la mère étant syphilitique depuis 13 ans), par l'apparence absolument herpétique, l'âge, le défaut de purulence, l'absence de toute autre manifestation douteuse, le bon état général et l'évolution. Une maladie de Duhring, frappant un bébé, aurait seule présenté les mêmes caractères ; il est probable néanmoins qu'elle aurait été plus polymorphe et de plus longue durée.

La pathogénie de cette éruption est incertaine. On est réduit à supposer que le virus vaccinal a fait entrer en activité des prédisposition latentes, produisant ici un herpès comme, sur d'autres sujets, un psoriasis, un eczéma, etc.

C'est la vieille théorie de la mise en mouvement des humeurs par une perturbation organique, mais je ne trouve rien de mieux, à moins

de supposer que l'herpès est microbien de nature. On pourrait dans ce cas, soit imaginer l'inoculation accidentelle de l'herpès avec le vaccin, soit supposer que la lymphé vaccinale a rendu le terrain favorable au développement du microbe de l'herpès!!!

M. Alex. RENAULT. — J'ai vu une varicelle des plus nettes se développer après la vaccine ; il s'agissait probablement d'une simple coïncidence. On peut supposer néanmoins que la vaccination a hâté l'éclosion de cette dernière éruption.

M. A. FOURNIER. — L'enfant qu'on nous présente est atteint d'un hydroa vaccinal. Mais cet enfant est issu d'une famille syphilitique et cette éruption pourrait être prise pour une éruption syphilitique ; on devine aisément à quelles considérations médico-légales une semblable erreur donnerait lieu.

Kystes congénitaux du raphé du pénis infectés par le gonocoque.

Par MM. BALZER et MERLE.

B..., âgé de 25 ans, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Louis pour plusieurs petites tuméfactions suintantes qu'il constata il y a 13 jours à la partie inférieure du fourreau de la verge.

Depuis la racine du frein jusqu'à l'origine des bourses, il existe sur la ligne médiane comme une traînée rougeâtre d'aspect légèrement inflammatoire, faisant une saillie anormale avec trois points plus épaissis constituant des nodosités perceptibles à la vue, l'une à 2 centimètres du gland, l'autre à la racine des bourses et la troisième intermédiaire.

On constate à la palpation que ces lésions sont sur le trajet d'un cordon induré et continu. Les nodules constatés à l'inspection sont plus durs, du volume d'un pois ou d'un haricot environ ; ils sont presque indolores à la pression et ne sont réductibles en aucune façon ; les portions intermédiaires du cordon sont aussi très nettement perceptibles à la palpation. Le cordon donne un peu la sensation d'un canal déférent. Il suit presque rigoureusement la ligne médiane, et il est absolument indépendant des plans profonds ; il adhère au contraire à la face profonde de la peau ; cette peau du reste n'est pas altérée et le raphé se présente avec son aspect normal, en dehors de la rougeur inflammatoire déjà signalée.

Les nodules sont le siège d'un suintement tantôt séreux, tantôt purulent ; on constate à leur niveau plusieurs orifices, mais de très petites dimensions, ce sont de petits pertuis fistuleux sur le long du raphé, qui ne se décèlent que grâce au suintement qui se produit par le trajet auquel ils correspondent. L'orifice correspondant au nodule le plus voisin du gland est cependant plus marqué ; il est entouré d'une sorte de petit croissant en forme de valvule.

L'écoulement de pus ou de sérosité est spontané et produit des taches sur le linge du malade ; on peut le provoquer en pressant sur les nodules fistuleux. Il est fort probable que les nodules qui donnent du pus ou de la sérosité communiquent entre eux, mais insuffisamment pourtant pour qu'on puisse faire sourdre le liquide par un des trajets en appuyant sur le nodule voisin

ou le cordon intermédiaire. Quant aux trajets fistuleux eux-mêmes, ils sont tellement étroits que nous n'avons pu y passer un stylet de très petite dimension.

C'est depuis 15 jours, comme nous l'avons dit, que le malade s'est aperçu de quelque chose d'anormal à la face inférieure du fourreau ; il constata les lésions que nous avons décrites en même temps que le suintement séro-purulent dont elles étaient le siège. Elles étaient sensibles au frottement des vêtements, mais la gêne est demeurée peu considérable ; le coït même n'est pas douloureux. Quelques jours avant l'apparition de ces symptômes, il y eut une adénopathie gauche que le malade attribua à une excoriation du pied dont on retrouve encore les traces. Il existe actuellement un ganglion inguinal droit, gros comme une noisette volumineuse.

Nous avons examiné le pus qui sortait ainsi des orifices du raphé après coloration et nous avons constaté la présence, dans les polynucléaires, de gonocoques extrêmement nombreux et caractéristiques indiquant qu'il s'agissait incontestablement d'une infection blennorrhagique du cordon sous-cutané. Le pus contient aussi des cellules épithéliales plates assez volumineuses.

L'urèthre, d'autre part, est absolument sain et n'est le siège d'aucun suintement ; le malade n'a même jamais eu d'écoulement d'aucune sorte, ni aucune maladie vénérienne.

Il s'agit donc chez ce malade d'une infection blennorrhagique de cavités anormales situées dans l'épaisseur du tégument et communiquant avec l'intérieur par de petits trajets fistuleux qui ont donné voie d'accès au gonocoque. Ces faits ne peuvent s'expliquer que par la présence, au niveau du raphé génital, de kystes congénitaux. Dans notre cas, ces formations sont demeurées inconnues du malade pendant longtemps, et c'est l'infection microbienne qui les a rendues manifestes.

..

Le nombre des cas publiés de kystes dermoïdes doit être assez grand ; Mermet (1) en a rapporté 23 cas. Cette rareté s'explique en partie par l'indolence et le peu de gêne occasionnée par cette malformation qui font que le malade n'attire pas l'attention sur elle, comme cela se serait produit chez notre malade sans l'infection blennorrhagique.

Ces kystes sont dus à une anomalie de développement des organes génitaux externes. Ce développement se produit en trois phases : 1° stade *cloacal* ; 2° stade *périnéal*, marqué par le cloisonnement du cloaque et l'apparition de replis uro-génitaux bordant la fente uro-génitale ; 3° stade *génital*, marqué par l'apparition, en avant de la fente uro-génitale, du tubercule génital. A face inférieure de ce

(1) MERMET. Les kystes congénitaux du raphé génito-périnéal. *Revue de Chirurgie*, mai 1895.

tubercule, apparaît le *sillon uréthral* continuant la fente uro-génitale et bordé par les replis uréthraux. Ces replis se rejoignant sur la ligne médiane transforment le sillon en canal. L'épithélium du sillon uréthral se transforme en même temps, il acquiert son type prismatique significatif, et l'urèthre est constitué.

C'est à l'absence de soudure des deux replis uréthraux que sont dus les kystes qui nous intéressent. Dans notre cas, cette absence de soudure a dû se produire selon toute vraisemblance au niveau des bords inférieurs des replis et du revêtement ectodermique de ces bourrelets (kystes *dermoïdes*). Monod, Vidal de Cassis, Picardat, ont signalé des trajets sous-cutanés ainsi constitués au voisinage du raphé et communiquant avec l'extérieur pour donner de véritables urèthres doubles. L'absence de soudure en un point donné et sur toute la hauteur donne l'hypospadias, celle qui se produit non plus à la partie inférieure, mais supérieure des replis, peut donner des poches communiquant avec l'urèthre ou des cavités tapissées d'un épithélium uréthral capable de proliférer (kyste *mucoïde*).

Parmi les observations recueillies par Mermet, les unes concernent des kystes formés d'une cavité unique prêtant à confusion avec des kystes sébacés, d'autres qu'il réunit sous le nom de *type moniliforme* (7 fois sur 20) se rapprochent beaucoup de notre cas : ils sont constitués par un canal clos alternativement dilaté et rétréci, suivant le raphé, résultant d'une inclusion ectodermique sur une plus ou moins grande étendue, intermédiaire aux inclusions localisées (type circonscrit) et aux urèthres accessoires que nous avons déjà signalés. L'auteur rapporte des cas assez nombreux montrant que ces kystes peuvent exister non seulement au niveau du pénis, mais sur toute l'étendue du repli génito-périnéal, le maximum de fréquence siégeant au voisinage de l'anus et au prépuce.

∴

A l'étranger ces kystes congénitaux ont été étudiés par plusieurs auteurs, et notamment en ce qui concerne leur infection par la blennorrhagie. Englisch (1) a relevé 34 cas de kystes dans la littérature médicale et il a rapporté 4 observations personnelles. Il distingue : des kystes du prépuce, des kystes du frein, de la face inférieure de la verge, des bourses, du périnée. Ils se forment dans le tissu cellulaire et siègent sur la ligne médiane ou dans son voisinage ; ce relevé montre bien la fréquence relative de ces kystes que l'on trouve encore assez facilement lorsqu'on se donne la peine de les chercher.

Parmi les observations d'infection blennorrhagique de ces kystes il

(1) ENGLISH. *Centralb. f. Harn. u. Sexualorgane*, 1902, p. 434.

faut rappeler celles d'Audry (1) et de Chatin et Druelle (2). Winkler (3) en a rapporté 3 observations dans un mémoire fort intéressant sur ce sujet. Un de ces cas s'est accompagné de lymphangite dorsale de la verge, d'abcès du prépuce à gonocoques, et enfin de suppuration des kystes para-uréthraux. Winkler fait remarquer que, malgré la fréquence relative des kystes du raphé, leur infection par le gonocoque paraît assez rare. Cet auteur a pu constater que la paroi de ces kystes est tapissée par un épithélium plat et stratifié, ainsi que Heuyer et Darier, Brault et Audry l'avaient déjà constaté ; il a vu la paroi conjonctive du kyste infiltrée de lymphocytes, de cellules plasmiques, et de leucocytes polynucléaires ; les lymphatiques qui entouraient le kyste étaient dilatés et contenaient des lymphocytes et des cellules endothéliales volumineuses. Il n'a pas trouvé de poils ni de glandes dans la paroi du kyste. Les gonocoques se voyaient dans la cavité du kyste, mais non dans le tissu conjonctif de la paroi.

Récemment Cohn (4) a observé un cas de kyste para-urétral du prépuce également infecté par le gonocoque ; là aussi le microbe existait à la surface du kyste, mais non dans l'épaisseur de sa paroi.

Les complications infectieuses des kystes congénitaux du raphé se retrouvent dans une observation publiée par l'un de nous et A. Souplet dès 1893 (5). Il s'agissait d'une série d'abcès chauds, fluctuants, accompagnés de phénomènes inflammatoires assez accentués ; ils furent incisés et donnèrent issue à du pus en quantité assez notable ; on y trouva des bacilles et des cocci dont la nature exacte ne put être déterminée.

Nous devons rappeler que la véritable nature de ce cas remarquable nous avait échappé à ce moment ; elle nous fut révélée, peu de temps après, par le travail de M. Reclus.

Les kystes sont, en effet, infectés par des microbes divers, soit les microbes pyogènes, soit le gonocoque. L'un de nous, dans sa carrière hospitalière, a observé 5 fois des kystes du raphé pénien, 3 avec suppuration, dont il est parlé dans le présent travail, et 2 autres non suppurés, l'un au prépuce, l'autre au fourreau du pénis.

Dans un cas, observé également à l'hôpital Ricord avec Ed. Fournier,

(1) AUDRY. Ueber die Wandungen gonorrhöischer Abscesse der Penis. *Monat. f. prakt. Derm.* Bd 35, p. 10.

(2) CHATIN et DRUELLE. *Le Progrès Médical*, 1903, p. 55.

(3) WINKLER. Beiträge zu der Frage der paraurethralen gonorrhöischen Erkrankungen. *Monatsberichte der Urologie.*, Bd X, H. 6, 1905.

(4) COHN. Ein Fall von paraurethrale Gonorrhoe *Deutsch Medizin Woch.*, 1907, n° 1.

(5) BALZER et SOUPLET. Deux observations de suppuration en trajet canaliculaire le long du raphé médian du pénis et du scrotum. *Bulletin de la Société française de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1893, t. IV, p. 158.

l'inflammation suppurative du kyste congénital était due à la présence du gonocoque qui fut constaté dans le pus (1).

Bon nombre de ces faits ont dû être méconnus jusqu'ici et il nous paraît utile d'appeler l'attention sur cette localisation du gonocoque qui peut persister pendant un temps très long et être ainsi l'occasion de fréquentes contaminations. Cette localisation toute spéciale de la blennorrhagie juxta-urétrale de l'homme est d'autant moins connue que les traités de pathologie ont été jusqu'à présent extrêmement brefs sur la description des kystes congénitaux du raphé médian du pénis.

..

Il suffit de se rappeler la possibilité de leur existence pour que le diagnostic soit fait avec la plus grande facilité. Ces kystes enflammés ne pourraient être, en effet, confondus qu'avec les lymphangites de la verge, qui, comme on le sait, font des cordons indurés susceptibles de suppurer ; mais les lymphangites sont placées à la face dorsale de la verge tandis que les kystes sont le long du raphé médian et tendent à suivre une direction parallèle à celle de l'urèthre.

Après avoir fait le diagnostic de kyste, il ne s'agit plus que de s'assurer par l'examen microscopique si le pus qui provient des petits abcès fistuleux contient ou non le gonocoque.

Enfin, il est à remarquer que le kyste enflammé présente souvent une disposition moniliforme et que les abcès ou les trajets fistuleux se forment à quelque distance les uns des autres. C'est que ces abcès sans doute, comme ceux de l'urèthre, se forment d'abord dans la paroi du kyste, puis gagnent sa surface et finissent par ulcérer la peau, déterminant ainsi progressivement la formation des trajets fistuleux qui persisteront fort longtemps.

La désinfection de semblables kystes à l'aide d'injections diverses faites à l'aide de fines aiguilles pourrait évidemment être tentée, mais n'aboutirait pas à obtenir l'oblitération des trajets fistuleux. Le traitement radical consiste à pratiquer chirurgicalement l'ablation des kystes.

M. HALLOPEAU. — Il est difficile de considérer comme un kyste dermoïde une tumeur qui a la forme d'un cordon allongé, et qui ne ressemble en rien aux kystes dermoïdes des autres régions.

M. DANLOS. — Il est certain que la disposition allongée de cette tumeur laisse plutôt supposer qu'elle a son siège dans les lymphatiques.

M. BALZER. — Je rappellerai seulement que ces kystes dermoïdes ont été bien étudiés par M. Reclus, par M. Mermet et d'autres, et qu'ils sont bien connus des chirurgiens.

(1) BALZER. *Traité de Médecine et de Thérapeutique*, art. Blennorrhagie, t. II, p. 330.

Hidradénomes éruptifs.

Par MM. BALZER et MERLE.

Malade âgé de 30 ans, de santé générale parfaite, sans antécédents pathologiques à signaler, si ce n'est un eczéma aigu des bourses, il y a deux ans, qui guérit facilement; à plusieurs reprises le malade souffrit également d'eczéma de la région anale. On ne trouve dans ses ascendants et ses descendants (petite fille bien portante) aucune affection cutanée.

On constate en l'examinant qu'il existe sur la face antérieure du thorax et la partie supérieure de l'abdomen une grande quantité d'éléments papuleux, de couleur rosée, se détachant assez nettement par leur saillie et leur coloration sur les téguments et donnant l'impression d'une véritable éruption. Ces éléments sont assez variables comme taille, les uns très petits, comme une tête d'épingle, les autres volumineux, de forme ovale, mesurant 4 à 5 millimètres de longueur sur 2 ou 3 de largeur.

Quand on passe la main sur la surface de la peau, on les perçoit très nettement, comme autant de petites éminences arrondies; en les pinçant entre deux doigts, on peut constater qu'il s'agit de véritables petites tumeurs situées dans la partie profonde de la peau.

La pression ne provoque aucune sensation spéciale, la sensibilité à leur niveau est la même qu'à leur voisinage sur la peau saine. Les éléments sont surtout abondants sur les faces latérales du thorax et de l'abdomen, sur les reins, plus disséminés sur la ligne médiane. Ils sont également assez serrés à la face antérieure du thorax au-dessous des clavicules: on peut en compter en moyenne environ un ou deux par centimètre carré. On compte quelques éléments à la base du cou. Il n'en existe pas sur les membres inférieurs et supérieurs, pas dans les aisselles ni dans le dos et sur les épaules; la zone de distribution correspond assez exactement, comme on l'a déjà dit, à la valve antérieure d'une cuirasse.

Ces tumeurs n'ont pas toujours existé chez notre malade; leur début remonte à 3 ans; il affirme que jadis sa peau était absolument lisse et normale. Nous n'avons pas trouvé non plus de troubles fonctionnels de ses téguments, du côté de la sudation notamment. C'est sans cause que les éléments apparurent; et sans s'accompagner de sensations prurigineuses ou anormales. Il en survint un assez grand nombre en une seule fois: les premiers sièges de cette sorte d'éruption étaient les faces latérales du thorax, au-dessous des mamelons; les éléments se disséminèrent ensuite pour occuper les régions où nous les constatons actuellement.

Depuis 6 mois, il semble qu'il se développe également des formations anormales au niveau du front et c'est cette constatation qui alarma le malade et le décida à venir consulter à l'hôpital Saint-Louis. Sur la partie gauche du front, on trouve quelques petites saillies, diffuses, difficiles à limiter, présentant un aspect un peu brillant et donnant à la peau une apparence chagrinée.

Enfin, on constate à l'angle palpébral interne, des deux côtés, une série de petites tumeurs, les unes grosses comme une tête d'épingle, les autres de 2 millimètres de diamètre, faisant une saillie nette sur les téguments, de coloration un peu jaunâtre et de consistance ferme. Ces petites tumeurs

sont symétriques, mais il n'en existe que trois très petites à gauche ; à droite, elles sont plus volumineuses et plus nombreuses. Ces tumeurs sont très anciennes et probablement même congénitales.

L'examen histologique a été pratiqué sur un des éléments les plus volumineux prélevé à la partie antérieure droite du thorax, sous la clavicule.

Le corps muqueux de Malpighi nous paraît indemne de toute lésion. Dans le derme on rencontre des éléments qui viennent confirmer le diagnostic d'hidradénome posé cliniquement. On trouve des cordons de cellules épithéliales, coupés tantôt en travers et donnant des figures arrondies, tantôt en long et formant des travées allongées. Ces travées, pour la plupart, sont pleines et ne présentent pas de canalicule net à leur intérieur : ce dernier caractère ne s'est présenté que sur un ou deux éléments sur les différentes coupes que nous avons examinées. Dans ces cordons on voit plusieurs sortes de vésicules apparaissant dans les coupes sous forme d'espaces tantôt vides, tantôt remplis partiellement d'une substance amorphe qui se colore par l'éosine ou l'orange tannin. Ces vacuoles sont bordées par des cellules épithéliales aplaties et superposées : il semble exister deux rangées de ces cellules formant paroi autour des vacuoles ; leurs noyaux sont allongés, fusiformes et fortement colorables. Ces vacuoles sont tantôt indépendantes, isolées au milieu du tissu conjonctif, tantôt elles sont en connexion avec des cordons épithéliaux qui aboutissent à un de leurs pôles, en continuité avec la paroi épithéliale, pour constituer des figures en raquettes. Il n'existe aucune réaction autour de ces éléments épithéliaux, le tissu conjonctif environnant est absolument normal. Ces éléments sont d'abondance variable suivant les coupes, parfois très serrés, d'autres fois clairsemés, de façon qu'on n'en rencontre qu'un ou deux dans un champ de microscope (Stiassnie, objectif n° 4). On en rencontre sur toute l'épaisseur de la coupe, qui mesure environ un millimètre, en quantité à peu près égale à la partie la plus profonde et à la base du corps muqueux.

Autour des vaisseaux on trouve des manchons de cellules embryonnaires indiquant un certain degré d'inflammation chronique.

Enfin, nous avons constaté au niveau de la section d'un follicule pileux une sorte de prolifération de l'épithélium qui donne une figure de rosace au lieu d'un cercle régulier ; le désordre dans la disposition des cellules indiquerait peut-être que l'épithélium sudoripare n'a pas été le seul à être intéressé par le processus pathologique.

On rencontre au niveau des coupes un certain nombre de glandes sébacées qui ne sont pas altérées.

Une particularité assez remarquable doit être relevée dans notre observation : d'une part, l'existence très ancienne des petites *tumeurs des paupières* que notre malade dit avoir toujours connues ; d'autre part, le développement relativement récent des *tumeurs du tronc* qui, suivant lui, ne remonteraient qu'à trois ans.

D'après les recherches de Gassmann, les petites tumeurs des paupières

sont de même nature que les hidradénomes éruptifs du tronc. Malheureusement notre malade n'a pas permis la biopsie des tumeurs palpébrales, mais leur coïncidence avec les hidradénomes du tronc semble dans notre cas plaider en faveur de l'identité de leur nature, identité qui a pu être reconnue dans plusieurs cas (Winkler). S'il s'agit de nævi pour les deux variétés de tumeurs, comme on arrive aujourd'hui à l'admettre (Unna, Darier, etc....), il faut faire ressortir le long espace de temps qui s'est écoulé entre la formation des tumeurs palpébrales et celle des tumeurs du tronc. Toutefois, il convient d'ajouter que cette particularité ne suffit pas pour faire écarter l'origine congénitale de ces tumeurs et leur nature de nævi. Il serait possible, en effet, que les hidradénomes du tronc, demeurés pendant de longues années invisibles à cause de leur petitesse, aient pris seulement un rapide développement dans ces derniers temps, de manière à frapper l'attention du malade. Les hidradénomes peuvent se révéler, en effet, plus ou moins longtemps après la naissance, ainsi que d'autres nævi ; dans une observation récemment publiée, Pernet (1) relève également cette particularité.

L'intéressante affection dont nous nous occupons dans cette note a déjà reçu plusieurs dénominations qui ont été proposées à mesure que les observations nouvelles surgissaient (2). Kaposi le premier avait proposé le nom de lymphangioma tuberosum multiplex ; l'un de nous a jadis préconisé celui d'épithélioma adénoïde des glandes sudoripares ; Brooke, Fordyce, Wolters ont employé celui d'épithélioma adénoïde kystique ; Quinquaud celui de cellulome éruptif, épithéliome kystique bénin (Jacquet, Brocq), syringome ou syringocystadénome (Unna et Torök), cystadénomes, épithélioma bénin (E. Besnier), hémangioendothéliome papuleux de la peau, nævi cystépithéliomateux (Gassmann). Ces diverses dénominations ont toutes leurs mérites, mais celle d'hidradénome éruptif a le double avantage d'exprimer à la fois le point de départ probable et la nature de la tumeur et de rappeler sa modalité clinique la plus curieuse. De plus, elle a été employée dans beaucoup de publications, bon motif pour la conserver. *Nævus hidradénomateux éruptif* ou simplement *hidradénome éruptif*, telle nous paraît donc la meilleure dénomination actuelle.

Le traitement radiothérapique a été institué depuis un mois environ et appliqué par M. le Dr Fleig, assistant de radiothérapie du service. Quatre séances ont été faites sur les tumeurs siégeant au-dessous du mamelon droit. Sous cette influence, elles sont devenues d'un rose plus vif en même temps que leur saillie paraît avoir un peu diminué, ce qui

(1) PERNET. Nævi cystépitheliomatosi disseminati. *The British Journal of Dermatology*, mars 1907.

(2) WINKLER. Beiträge zur Kenntniss der benignen tumoren der Haut. *Archiv für Derm.*, Bd LXVII, 1 H.

donne espoir d'un succès thérapeutique par cette méthode. Récemment Hartzell en a rapporté une observation favorable dans un cas d'épithéliome kystique bénin de la face.

M. HALLOPEAU. — J'ai présenté à la Société une femme qui présentait des hidradénomes analogues; mais les éléments étaient plus petits que dans le cas de MM. Balzer et Merle.

Contagion syphilitique par un bandage herniaire; syphilide ulcéro-crustacée généralisée secondaire, méconnue pendant trois mois.

Par MM. GAUCHER et MONIER-VINARD.

D..., Antoine, âgé de 58 ans, sans profession, entre le 15 décembre 1906 dans le service de M. le professeur Gaucher, salle Saint-Louis, lit n° 46, présentant une éruption d'éléments ulcéro-croûteux disséminés sur les membres et la face.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à un âge avancé d'une affection pulmonaire aiguë. Sa mère est morte à 63 ans de la grippe. Un frère est mort en bas âge. Deux sœurs vivent et sont en parfaite santé.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance, fièvre typhoïde à l'âge de 20 ans. Jamais de maladies vénériennes. Le malade est veuf depuis six ans. Sa femme est morte d'un néoplasme du sein. Jamais il n'a eu d'enfants.

Histoire de la maladie actuelle. — En octobre 1906, le malade, qui avait depuis quelques années une hernie inguinale gauche facilement réductible, alla dans l'hôpital de son quartier pour se procurer un bandage herniaire qu'il se mit à porter régulièrement. Vingt jours environ après l'essai de cet appareil, il vit se développer sur la région pubienne gauche, au point où pressait la pelote du bandage, une petite ulcération, peu douloureuse spontanément, légèrement suintante et qui bientôt s'accompagna d'une adénopathie inguinale assez volumineuse, mais à peu près complètement indolente.

Peu à peu cette petite plaie augmenta de surface, atteignant environ le diamètre d'une pièce de un franc.

Le malade, contrarié de ne pouvoir, dans ces conditions, continuer à porter son bandage, se rendit à la consultation d'un hôpital de la rive gauche, où sa lésion fut considérée comme d'origine traumatique et traitée par des applications de teinture d'iode et des pansements humides. Au bout d'un mois, l'ulcération était à peu près guérie, laissant au niveau de l'orifice inguinal externe gauche une cicatrice brunâtre, assez infiltrée et encore actuellement visible. L'adénopathie persista beaucoup plus longtemps, ne rétrogradant que très lentement.

A partir de ce moment, le malade éprouva d'assez fréquents maux de tête et ressentit une lassitude générale, qu'il attribuait à la paresse habituelle de ses digestions. Environ un mois et demi après la cicatrisation de la petite plaie du pubis, commencèrent à apparaître sur toute la surface du corps des éléments rouge foncé, légèrement surélevés, qui, par leur persistance et

leur extension continuelle, le déterminèrent à venir consulter M. le professeur Gaucher. Admis le 15 décembre 1906 dans le service, on constate à cette date, sur le front, les joues, le cou, une dizaine d'éléments ulcéro-croûteux à fond rouge vif, suintants, recouverts d'une croûte épaisse, stratifiée, brunâtre.

La base de ces ulcérations manque de souplesse, les ganglions cervicaux et sous-maxillaires sont légèrement augmentés de volume. D'autre part, sur l'avant-bras gauche, sur les membres inférieurs, surtout à la face antéro-externe des deux cuisses, se voient des lésions qui sont en quelque sorte l'exagération de celles que l'on observe sur le visage. D'une dimension variant de celle d'une pièce de 5 francs à celle de la paume de la main, recouvertes de croûtes très épaisses, ces ulcérations, dont le fond est suintant, creusent profondément le derme qui est infiltré, en sorte que leur aspect est celui de syphilides ecthymatiformes phagédéniques.

Ce fut le diagnostic porté aussitôt, et l'on reconstitua l'histoire de la maladie, interprétant comme ayant dû être l'accident primitif la lésion provoquée par le bandage herniaire.

On prescrivit des injections quotidiennes de 2 centigrammes de benzoate de mercure et à l'intérieur 2 grammes par jour d'iodure de potassium.

Pulvérisations et pansements humides sur les ulcérations.

Le 10 janvier 1907. — Il n'est pas apparu de nouvelles lésions ; celles qui existaient déjà sont en voie d'amélioration, leur fond est beaucoup moins irrégulier et le suintement sanieux est tari.

Le 5 février. — Les lésions de la face sont complètement cicatrisées ; celles des cuisses le sont partiellement, les plus grandes ont à peine l'étendue d'une pièce de 2 francs.

Le 10 février. — Le malade est atteint d'un érysipèle de la face, qui nécessite son transfert à Aubervilliers.

Le 11 mars. — Le malade revient à Saint-Louis, guéri de son érysipèle, les lésions sont sensiblement dans le même état qu'au moment de son départ.

On prescrit une nouvelle série de piqûres quotidiennes de 2 centigrammes de benzoate de mercure.

Le 26 mars. — Guérison complète de toutes les plaies, qui laissent une cicatrice brun pâle.

Le malade sort du service.

D... a donc présenté, au moment de son entrée dans le service, des syphilides secondaires ulcéreuses, phagédéniques, qui en elles-mêmes n'ont pas eu un intérêt spécial. Ce qui est à retenir simplement dans son histoire, c'est le mode de contagion syphilitique. Le malade affirme ne pas avoir eu de rapport sexuel depuis plus de trois ans et l'accident primitif chez lui, quoique ayant siégé dans la région des organes génitaux, ne fut pas d'origine vénérienne, mais semble bien devoir être attribué au port d'un bandage herniaire, souillé probablement par un autre malade qui en avait fait antérieurement l'essai.

Syphilides tertiaires ulcéro-croûteuses des narines, gomme de la voûte palatine, syphilome diffus du voile et des piliers, kératite interstitielle, chez un hérédo-syphilitique.

Par MM. GAUCHER et MONIER-VINARD.

G..., Armand, âgé de 23 ans, employé de bureau, entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Gaucher, salle Saint-Louis, lit n° 29, présentant des ulcérations de la narine droite et du lobule du nez et des lésions gommeuses de la voûte et du voile du palais.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à 56 ans de pneumonie. Sa mère a eu deux fausses couches, puis a eu six enfants dont trois moururent en bas âge.

Les trois autres sont en bonne santé.

Antécédents personnels. — G... a été élevé au sein par une nourrice.

Il a eu, pendant sa première enfance, la rougeole et la coqueluche.

Depuis l'âge de trois ans, il a eu, aux deux yeux, une kératite qui ne se guérit jamais, ayant des alternatives d'amélioration et d'aggravation.

Il y a six ans, il a eu une adénite sous-maxillaire gauche volumineuse, indolente, qui persista pendant quatre mois sans s'ouvrir, puis diminua peu à peu de volume.

Presque au même moment, il eut une ostéite du quatrième métatarsien du pied gauche, qui provoqua la formation d'un abcès fistuleux. Soigné d'abord à la Charité pour cette ostéite, il guérit lentement sous l'influence de cautérisations répétées. Il fut réformé du service militaire en raison de cette lésion du pied, dont on voit actuellement la cicatrice.

Les lésions actuelles du nez débutèrent, il y a huit mois environ, constituées d'abord par une érosion surélevée, siégeant sur la narine droite. Un médecin appliqua une pommade et fit des cautérisations au thermo-cautère, pensant à un lupus. Vers cette époque se développa la lésion de la voûte et du voile du palais.

État actuel, le 14 mars 1907. — Le lobule du nez et la narine droite sont le siège d'une infiltration assez étendue en surface et en profondeur, dont les limites sont difficiles à fixer exactement. Elle est constituée par des nodules confluent de dimensions inégales, d'une tête d'épingle à un grain de chènevis, rouges, fermes, indolents, dont la surface n'est pas régulièrement lisse, mais présentent des petites érosions suintantes. Il se forme ainsi une croûte blanc jaunâtre assez épaisse, formée de lames superposées, qui, par leur superposition, forment une assez notable saillie.

Il s'agit, en somme, d'un syphilome diffus de l'extrémité du nez et de la narine droite.

Sur la partie moyenne de la voûte palatine, un peu à droite de la ligne médiane, on voit une tuméfaction rouge, saillante, à surface granuleuse, autour de laquelle la muqueuse paraît légèrement rouge. L'examen rhinoscopique, pratiqué par M. le Dr Bloch a montré qu'il existait un gonflement de la muqueuse de la cloison exactement au niveau du point où siège la gomme de la voûte.

Le voile dans toute son étendue ainsi que la luette et les piliers antérieurs présentent une infiltration rouge sombre à bords découpés, qui tranche net-

tement avec la couleur beaucoup plus pâle de la muqueuse du voile. De plus, ces mêmes régions sont légèrement tuméfiées et toute leur surface a un aspect finement granuleux. La rhinoscopie postérieure montre que la face postérieure du voile a le même aspect que la face antérieure.

L'examen de l'œil gauche a été pratiqué par M. le Dr Antonelli, qui nous a remis la note suivante :

Œil gauche. Néphélion paracentral inféro-nasal, reliquat d'une kératite parenchymateuse ancienne. Aucune lésion du fond de l'œil.

Œil droit. Reprise de la kératite ancienne qui entraîne de la photophobie et de la diminution de l'acuité visuelle. La lésion a une forme nodulaire superficiellement ulcéreuse avec injection périkeratique. L'examen du fond de l'œil est impossible.

Ce malade a présenté dans sa première enfance une lésion auriculaire droite qui a laissé un léger degré de surdité. Enfin on note quelques déformations squelettiques : thorax en entonnoir et tibia en lame de sabre.

G..., qui légitimement doit être considéré comme un syphilitique héréditaire, a donc actuellement des accidents syphilitiques tertiaires, syphilides ulcéro-croûteuses du nez, gomme de la voûte palatine, kératite interstitielle et, enfin, un syphilome diffus du voile et des piliers antérieurs, lésion qui nous a paru mériter d'être présentée à la Société en raison de son assez grande rareté.

Chancre syphilitique du thorax (région axillaire).

Par MM. GAUCHER et MALLOIZEL.

M^{me} R..., Clémence, ménagère, âgée de 50 ans, entre le 18 mars 1907 dans la salle Henri IV, pour une éruption cutanée.

Elle présente depuis 15 jours, disséminées sur tout le corps, y compris la face, de grosses syphilides papuleuses.

Interrogée sur l'origine de cette affection, elle nous montre sur la paroi thoracique dans la ligne axillaire, à 10 centimètres environ au-dessous du creux de l'aisselle, un bouton qui, dit-elle, existe depuis 2 mois. Cet élément a la taille d'une pièce d'un franc; sa surface est exulcérée, légèrement saignante, sécrétant une petite quantité de séro-pus. Sa base est nettement indurée. Il existe un ganglion axillaire gauche, de volume moyen, dur et indolent. On en trouve un autre dans l'aîne du même côté. Il s'agit là certainement d'un accident primitif de siège anormal.

Eczéma séborrhéique de type anormal.

Par MM. GAUCHER et MALLOIZEL.

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, passementière, entrée à la salle Henri IV, le 6 avril 1907. Elle n'a aucun antécédent morbide, sauf que, depuis longtemps, elle a de la séborrhée du cuir chevelu et du visage (menton et région sourcilière), à laquelle d'ailleurs elle n'a jamais pris garde. Il y a

17 jours, sans cause appréciable, elle remarqua sur sa poitrine de petites taches d'un rose légèrement fauve, un peu papuleuses et légèrement squameuses.

Rapidement, cette éruption s'étendit à tout le corps, sauf la face.

Elle s'est accompagnée, dans les premiers jours, d'un léger prurit.

L'éruption est assez polymorphe ; sur le dos, où elle occupe surtout les parties latérales et où les éléments confluent vers l'aisselle, on a affaire à des papules squameuses de couleur fauve dont certaines ont une apparence syphiloïde. Sur les cuisses et surtout à la face interne des genoux, on retrouve le même aspect ; en certains points, les papules sont bien isolées les unes des autres et rappellent les papules spécifiques.

Sur les mains, dans les espaces interdigitaux, l'aspect rappelle celui des lésions de gale, mais il n'y a pas trace de sillons et d'ailleurs le prurit n'a duré que 36 heures. L'éruption présente un aspect analogue sur le dos des pieds.

Enfin, on trouve des papules très nombreuses sur la paume des mains et la plante des pieds ; ces papules sont plus brunes, quelques-unes purpuriques ; sous les doigts, elles apparaissent saillantes et ont un certain degré de dureté comme les syphilides.

Le 12 avril, l'éruption diminue sans aucun traitement ; toutes les lésions deviennent squameuses et l'aspect général est celui de lésions d'eczéma sec en voie de disparition.

Nous croyons qu'il s'agit là d'une poussée anormale, par son siège et ses caractères objectifs, d'eczéma séborrhéique.

Sporotrichose cutanée hypodermique, dermique et épidermique.

Par MM. GAUCHER et MONIER-VINARD.

Nous présentons à la Société un malade atteint de Sporotrichose cutanée, chez lequel se trouvent réunis les divers aspects cliniques de cette affection, déjà signalés dans les observations des précédents auteurs (De Beurmann et Ramond, De Beurmann et Gougerot, Danlos, Gougerot et Deroye, Lesné et Monier-Vinard), mais chez lequel aussi on trouve une lésion tégumentaire non encore décrite et qui constitue la *forme épidermique* de la maladie.

OBSERVATION CLINIQUE RÉSUMÉE. — R..., Étienne, 25 ans, garçon de restaurant.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, mère morte bacillaire, une sœur morte à 51 ans, de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Depuis l'âge de 21 ans, R... a une bronchite pour laquelle il fut réformé du service militaire. En 1903, il a eu une orchite subaiguë survenue sans blennorrhagie, qui, au bout d'un mois, a suppuré et s'est fistulisée.

Depuis le début de 1906, il présente les multiples manifestations cutanées qui le déterminèrent à entrer à l'hôpital Saint-Louis au mois de décembre dernier.

Etat actuel du malade. — Sur les membres inférieurs, on trouve de très nombreuses gommes, les unes encore à l'état de crudité, les autres ouvertes et fistulisées, certaines enfin cicatrisées. A point de départ dans l'hypoderme, développées insidieusement et sans douleur, ces gommes ne s'accompagnent pas d'adénopathies et répondent à ce que MM. de Beurmann et Gougerot ont décrit sous le nom de « forme gommeuse disséminée ».

Aux membres supérieurs, on rencontre des éléments disséminés semblables aux précédents; en outre, certains forment aux deux plis du coude un cordon noueux et ulcéré (forme lymphangitique). Aux poignets, sur leur face dorsale, et à la racine de l'index et de l'annulaire droits, de vastes ulcérations irrégulières, à bords violacés, sont recouvertes de croûtes épaisses, dures; en sorte que l'aspect de la lésion est exactement celui de la tuberculose cutanée ulcéro-verruqueuse. Au pourtour de ces éléments ulcéreux, on voit des plaques de l'étendue de la paume de la main, qui s'étendent largement sur les deux faces antérieures et postérieures de la partie inférieure des avant-bras. Leur centre est pâle, de couleur légèrement nacré, leur pourtour est irrégulièrement circulaire, indiqué par une zone inflammatoire rouge pâle, dans laquelle on remarque de très petites vésicules peu soulevées, non ombiliquées, en même temps qu'une fine desquamation marque, à leur voisinage, les limites de la plaque. Cette lésion uniquement épidermique, comme l'a confirmé une biopsie, a un aspect « trichophytoïde ».

A la face, plus de vingt éléments sont dispersés sur le front, les joues, les lèvres, les oreilles. De couleur rouge sucre d'orge, saillants, mous, indolents, se ramollissant très lentement par leur centre, sur lequel alors se forme une croûte mince, ils rappellent très exactement les « sarcoides dermiques de Bœck »; il y a absence complète d'adénopathies cervicale, axillaire et inguinale. Ce malade a été considéré, pendant deux ans, par divers dermatologistes et par nous-mêmes au début, comme atteint de gommes multiples de tuberculose cutanée. Cette opinion paraissait justifiée par l'aspect clinique des lésions, leur structure histologique qui est celle du tissu tuberculeux, les antécédents tuberculeux et héréditaires du sujet et, enfin, son orchite suppurée et ses lésions bilatérales des sommets pulmonaires.

L'ensemencement du pus des gommes, du liquide des vésicules, de la portion ramollie des lésions du visage, a donné, sur les milieux de Sabouraud, des cultures pures du « *Sporotrichum Beurmanni* ». Il apparaît donc que les déterminations cutanées de ce parasite peuvent avoir très exactement la physionomie clinique des lésions dues au bacille de Koch. A propos de ce malade, se pose la question très importante de savoir si la sporotrichose peut devenir viscérale; ce point est encore à l'étude et pour le moment nous nous gardons de l'aborder. Disons seulement que plus de trente frottis des crachats ne nous ont pas permis de découvrir une seule fois le bacille tuberculeux.

**Note sur les rapports entre les mycoses pulmonaires et cutanées,
à propos d'un cas de sporotrichose.**

PAR M. GASTOU.

Dans la dernière séance, à propos du malade de MM. Danlos et

Gaucher, j'avais insisté sur l'existence chez ce malade d'une affection pulmonaire qui, à l'auscultation, faisait penser à la tuberculose pleuro-pulmonaire. Ce diagnostic était d'autant plus fondé que le malade avait été obligé de quitter l'hôpital, un de ses enfants étant mort de méningite.

J'ai attiré l'attention sur ce fait que ni les cultures, ni l'examen des crachats, ni la radiographie n'avaient démontré l'existence de la tuberculose.

S'agit-il donc, chez ce malade, de sporotrichose pulmonaire et d'une affection mycélienne analogue à l'aspergillose?

Ce n'est là qu'une hypothèse pouvant être d'autant plus vraisemblable que l'étude des mycoses viscérales et en particulier des mycoses pulmonaires est loin d'être faite.

Or, ces mycoses existent, ou tout au moins on trouve fréquemment, dans les crachats, des champignons de genre et d'espèces variées, chez des malades atteints d'affections cutanées de diagnostic indéterminé ou de lésions qualifiées tuberculides et ayant en même temps des signes faisant penser à la tuberculose pulmonaire.

Ces champignons cultivent sur milieu gélose et maltose à la température du laboratoire.

Ayant entrepris, en 1903, des cultures de crachats chez des malades suspects de tuberculose pulmonaire, j'ai été surpris au début de voir pousser sur les milieux gélosés-maltosés à la température du laboratoire des végétations mycosiques d'aspects et de formes différents, correspondant chacune à un aspect microscopique spécial.

Au début j'ai cru à une erreur de technique ou à une contamination accidentelle des milieux de culture.

J'ai repris lesensemencements en me plaçant dans les meilleures conditions possibles afin d'éviter toute erreur, en faisant laver au préalable la bouche et en ensemençant le crachat dès qu'il était expectoré.

Dans ces conditions, certaines cultures donnaient un résultat, d'autres restaient stériles. C'étaient donc bien les parasites contenus dans les crachats qui cultivaient.

Ayant ainsi étudié une dizaine de malades à cultures positives, je trouvai chez quatre d'entre eux toujours le même parasite mycélien à forme de levure sporulée ou de moisissure filamenteuse; les cultures restaient pures et chez ces malades je ne trouvai pas le bacille de Koch.

Dans les six autres cas, je trouvai l'association des champignons mycéliens et du bacille.

Que sont devenus ces malades? Là est l'intérêt de la question que je soulève ici.

Intérêt de diagnostic et de pronostic.

Au point de vue du diagnostic, je ne puis dire qu'il y ait eu une

relation déterminée entre leur affection pulmonaire et leurs lésions cutanées : j'ai négligé de faire pour les éléments éruptifs ce que j'ai fait pour les crachats.

Ce qu'il y a de certain, c'est que quatre de ces malades n'étaient pas tuberculeux vrais, puisqu'ils n'avaient pas de bacilles de Koch malgré des examens répétés.

Les six autres malades étaient tuberculeux.

Que sont devenus ces malades ? cela est important à savoir au point de vue de l'évolution et du pronostic des lésions pulmonaires.

Or, depuis 1903, j'ai suivi tous ces malades sauf un. Les quatre malades qui avaient des champignons dans leurs crachats sont actuellement en parfaite santé.

Trois des malades ayant l'association des champignons et des bacilles vivent et leurs lésions n'ont pas évolué notablement. J'ai perdu de vue les trois derniers. Je ferai remarquer, à propos de ces dix malades, qu'un fait tout à fait particulier est la fétidité plus ou moins forte de leur haleine.

Que conclure de ce qui précède ? ces quelques considérations :

1° Dans toute recherche bactériologique, il est indispensable d'associer à la culture sur milieu habituel mis à l'étuve, la culture sur milieux spéciaux à la température du laboratoire.

2° La coïncidence d'affections broncho ou pleuro-pulmonaires avec une affection cutanée doit éveiller l'attention sur la possibilité de la même nature de ces deux affections, l'une étant la conséquence de l'autre, ou toutes deux étant de même origine.

3° L'existence souvent ignorée de mycoses pulmonaires prises pour de la tuberculose pulmonaire, traitées et guéries comme telles.

4° L'association fréquente de mycoses broncho-pulmonaires et de la tuberculose.

Le champignon mycélien, ou la levure, prépare le terrain pour le bacille de Koch ou s'associe à lui, quelquefois pour activer mais souvent au contraire paraissant retarder l'évolution des lésions tuberculeuses.

5° Enfin, il faut se demander, pour la peau comme pour le poumon, si le parasite mycélien est pathogène, associé ou purement accidentel, hôte persistant ou passager des lésions produites par toute autre cause, ou les provoquant lui-même.

Telle est la question qui se pose en particulier pour la sporotrichose cutanée, à savoir si à lui seul le sporotrichum produit la lésion cutanée, si le bacille vient ensuite, ou bien simplement si, le bacille créant la lésion, le sporotrichum, dans un envahissement secondaire contrariant le développement du bacille, modifie l'aspect des lésions et change l'évolution de la maladie.

Complément à notre quatrième observation de sporotrichose sous-cutanée.

Par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.

L'évolution clinique, les cultures que nous avons refaites, confirment pleinement la note que nous avons jointe à la présentation de la malade G..., présentée à la Société en mars dernier.

La malade souffrait d'une tumeur du sein adhérente à la peau, très dure, que, tous, nous nous accordâmes à diagnostiquer : squirre du sein ; mais en même temps, la palpation profonde révélait trois grosses nodosités que nous soupçonnions être des gommes sporotrichosiques. Le sein de cette malade a été enlevé par M. Beurnier. Voici la pièce : d'un côté, vous voyez la masse dure cancéreuse ; de l'autre, la moitié d'une gomme ouverte. Les cultures, les examens histologiques ont vérifié ce double diagnostic : cancer et gommes sporotrichosiques. A ce propos, nous insistons sur ce fait que les cultures sont identiques à celles qui proviennent des lésions du bras de la même malade. Il vous est facile de vous en convaincre en comparant les tubes que nous vous présentons.

Un sixième cas de sporotrichose ; sporotrichose hypodermique et dermique.

Par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.

Ce fait est le 6^e cas certain de sporotrichose sous-cutanée : les 4 premiers ont été observés par nous ; le 1^{er} avec M. Ramond en 1903, les trois autres en 1906 et 1907 ; le 5^e est dû à MM. Lesné et Monier-Vinard (1). Ce malade nous a été envoyé par M. Alex. Renault qui, connaissant nos travaux, voulut bien nous l'adresser. Les lésions sont hypodermiques et dermiques, elles débutent par une gomme sous-cutanée qui ulcère la peau et revêt alors le type de l'ecthyma syphilitique. Le diagnostic était difficile ; les formes parasitaires sur frottis ne donnaient, comme toujours, que des présomptions ; la culture, faite le 27 mars sur 7 tubes, 3 avec une lésion non encore ulcérée, 4 avec le sang mêlé de séro-pus du bourrelet d'une lésion ulcérée ecthymatiforme, ont donné des cultures pures de *sporotrichum Beurmanni* ; elles affirment donc le diagnostic.

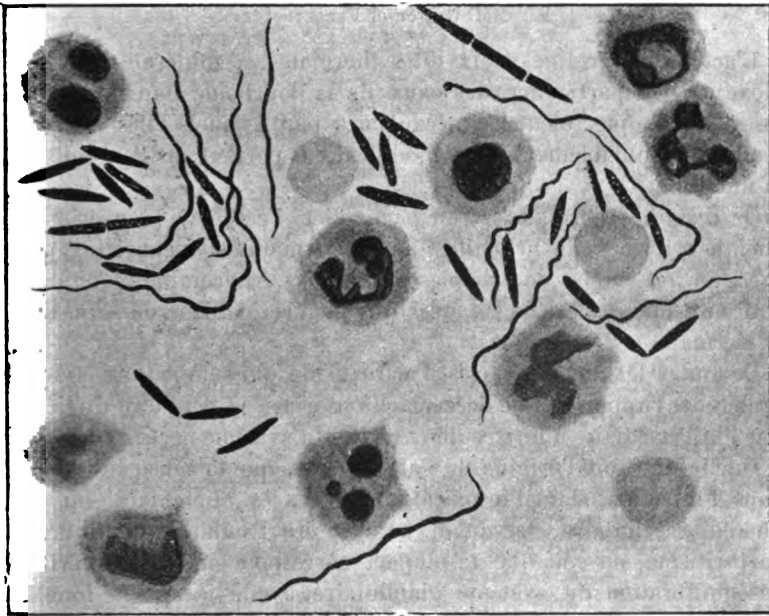
Voici les tubes de cultures ; l'identité est absolue avec les cultures que nous déjà avons eu l'occasion de montrer à la Société.

(1) A cette même séance, MM. GAUCHER et MONIER-VINARD ont présenté un cas nouveau de sporotrichose (*Voir plus haut*).

Note sur la pathogénie de l'ulcère phagédénique des pays chauds.

Par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.

Dans un récent voyage à Java, l'un de nous a visité le laboratoire du professeur Neisser, où il a reçu l'accueil le plus cordial de la part de ses assistants, MM. Haberstädter, Siébert et von Prozeck. Ce dernier a bien voulu nous mettre au courant de ses recherches sur les maladies spirillaires. Il nous a indiqué que l'ulcère phagédénique des pays chauds (*ulcus tropicus*) était dû à un spirille facile à distinguer du spirille de la syphilis par sa grosseur et sa longueur, ses spires plus allongées, plus écartées et moins nombreuses. En examinant les préparations qu'il a bien voulu nous remettre, nous avons à côté des spirilles constaté le bacille fusiforme de Vincent. L'association fuso-spirillaire était si typique



FROTTIS D'ULCÈRE PHAGÉDÉNIQUE DES PAYS CHAUDS.

Préparation de von Prozeck (Batavia). Coloration de Löffler :

Objectif immersion 1/16, oculaire 9.

Association fuso-spirillaire de Vincent : 1° Spirilles gros, longs, à spires longues et peu nombreuses ; 2° Bacilles fusiformes, courts et trapus, granuleux, éléments cellulaires nombreux et avariés. En bas et à gauche, spirille à extrémité globuleuse (forme initiale ou sporulée ?) ; au-dessous forme de division du bacille fusiforme,

qu'un observateur non prévenu de l'origine du frottis aurait pu penser qu'elle provenait d'une angine ulcéro-membraneuse de Vincent. On sait que Vincent identifie l'ulcère phagédénique tropical diphtéroïde

à la pourriture d'hôpital, et qu'il y a trouvé les mêmes germes. D'autre part, des recherches récentes de Smith et Peill à Sierra-Leone, de Patton à Aden, ne citent que le spirille et comparent même ce spirille au *spirochæta Obermeieri* de la fièvre récurrente. Sont-ce des faits différents ? ou les auteurs, qui n'ont vu que les spirilles, ont-ils négligé le bacille fusiforme ?

Quoi qu'il en soit, la présence de ces spirilles ne saurait être une cause de confusion entre ces affections exotiques et la syphilis, puisque, isolés ou associés au bacille fusiforme, leurs caractères propres permettent de les distinguer.

Action des eaux de la Bourboule sur l'élimination de quelques éléments urinaires dans les dermatoses dites diathésiques.

Par MM. GASTOU et FERREYROLLES.

L'action de certaines eaux dites thermales, à minéralisation complexe et, en particulier, des eaux de la Bourboule dans les dermatoses, quels que soient les mécanismes par lesquels elles agissent, tient vraisemblablement à des modifications portant sur l'ensemble de la nutrition.

Or certaines dermatoses, en particulier l'eczéma, le psoriasis et quelques formes de lichénification, sont manifestement en rapport avec un ensemble de troubles organiques, concomitants ou alternant aux manifestations cutanées, que pour cette raison on a qualifiées de dermatoses diathésiques.

De toutes les diathèses, c'est l'arthritisme qui semble provoquer de préférence l'apparition de l'eczéma, du psoriasis et peut-être du lichen, par l'intermédiaire d'un trouble nutritif du système nerveux.

Quelle que soit l'origine de l'arthritisme, que la cause initiale soit dans l'infection, dans l'intoxication par excès alimentaire ou dans l'hérédité cellulaire, lorsqu'on analyse les troubles organiques de l'arthritisme, on voit que la plupart correspondent à une véritable déséquilibration du système glandulaire, à une incapacité fonctionnelle ou organique des cellules du foie, des glandes, du tractus digestif, des bronches ou de la peau, incapacité fonctionnelle dont la conséquence est la production en excès d'acide urique, de produits insuffisamment transformés qui, au lieu de s'éliminer par les voies normales habituelles, restent dans les tissus articulaires ou osseux, dans les viscères ou sont rejetés par les glandes intestinales, pulmonaires ou cutanées, donnant naissance aux manifestations arthritiques (1).

(1) Le terrain dermatologique. Dermatoses systématisées. Les dermatoses diathésiques, arthritisme et lymphatisme, scrofule et strume, herpétisme. *Revue des maladies de la nutrition*, 1903, t. I, n° 2, p. 65.

De tous les organes, le foie et les reins sont ceux qui subissent les premiers et au maximum l'effet de la déséquilibration glandulaire, qui ne tarde pas à manifester son action sur l'intestin, les poumons et la peau.

C'est l'étude de l'élimination urinaire qui démontre le trouble de la nutrition; « quoique l'analyse des urines, telle du moins qu'elle est pratiquée actuellement, ne puisse être considérée comme le criterium absolu des échanges organiques, et par conséquent de la nutrition, elle en est cependant un élément d'étude important (1).

Nous avons donc essayé de démontrer, séparément et en collaboration, à plusieurs reprises, que d'une part pour étudier l'origine et l'évolution des dermatoses, que d'autre part pour étudier l'action des différents agents médicamenteux et en particulier des eaux thermales dans ces dermatoses, il fallait se servir du criterium de l'analyse des urines.

C'est précisément ce qu'a fait l'un de nous, à propos de l'action des eaux de la Bourboule dans les dermatoses, s'efforçant « de montrer, par une série de faits cliniques et expérimentaux, que, par ingestion, les eaux de la Bourboule remédiaient au mauvais fonctionnement du foie qui se traduit par l'augmentation de l'acidité des urines, qu'elles élevaient le coefficient azoturique et facilitaient l'élimination de l'urée, en même temps que l'on observait une diminution dans l'élimination des chlorures et une légère action sur l'élimination des phosphates, avec prédominance des phosphates terreux » (2).

¶| Par la suite, dans un nouveau travail, « ayant observé, après l'ingestion de 400 grammes d'eau de la Bourboule au cours d'un eczéma aigu prurigineux, une crise urinaire analogue à la crise urinaire des maladies infectieuses », nous disons : « pourquoi ne pas admettre que sous l'influence des éléments constituants de l'eau de la Bourboule, le rein, qui ne fonctionnait pas, soit sous l'influence d'une accumulation de sels au niveau du filtre rénal, soit, hypothèse beaucoup plus plausible, puisque nous admettons une diathèse, par suite d'une inhibition résultant d'une intoxication générale; pourquoi ne pas admettre que l'ordre ait été rétabli sous l'influence de l'ingestion d'eau de la Bourboule ? » (3).

C'est à l'appui de cette opinion que nous apportons aujourd'hui de nouveaux faits résultant de l'étude urinaire dans 10 cas de derma-

(1) P. GASTOU. Formule urinaire des dermatoses. *Bulletin de la Société de Dermatologie et Syphiligraphie, et Annales*, 1901, p. 136.

(2) P. FERREYROLLES. Les eaux de la Bourboule et leur action dans les dermatoses. *Thèse inaugurale*. Michalon, Paris, 1904.

(3) GASTOU et FERREYROLLES. Les modifications de l'élimination urinaire sous l'influence des eaux de la Bourboule. *Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 7, juillet 1905, p. 65. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*.

toes traités à la Bourboule et se répartissant ainsi : 1 eczéma aigu, 4 eczémas chroniques (dont 2 d'allure séborrhéique), 4 psoriasis, 1 lichen.

Nous ne donnerons pas dans ces cas d'observation clinique et nous n'étudierons que quelques-uns des éléments de l'élimination urinaire, allant ainsi volontairement au-devant de l'objection qui nous sera faite soit de l'influence des causes surajoutées, soit de l'insuffisance de nos analyses.

Nous n'avons pour but que de montrer la différence d'élimination de quelques éléments, en dehors de toutes causes cliniques ou thérapeutiques autres que l'absorption d'eau de la Bourboule variant de 200 à 600 grammes.

L'analyse des urines a été faite avant la cure et à la fin de celle-ci :

CAS 1. — *Eczéma aigu.*

	Arrivée.		Départ.	
	Par litre.	Par 24 heures.	Par litre.	Par 24 heures.
Volume	»	664	»	+1200
Acidité	4,20	2,50	-2,333	+ 2,80
Urée	+24,00	-14,50	-14,20	+17,04
Acide urique....	+ 0,88	- 0,54	- 0,33	- 0,40
Chlorures	- 6,30	- 3,80	- 3,50	+ 4,20
Phosphates.....	+ 2,40	- 1,45	- 0,83	+ 1,76

CAS 2. — *Eczéma séborrhéique.*

	Arrivée.		Départ.	
	Par litre.	Par 24 heures.	Par litre.	Par 24 heures.
Volume	»	-700	»	+1230
Acidité	3,47	2,43	- 2,8	+ 3,444
Urée	+24,2	-16,94	-14,3	+17,58
Acide urique ...	= 0,46	- 0,323	- 0,33	+ 0,41
Chlorures	- 6,00	- 4,2	- 3,8	+ 4,67
Phosphates.....	+ 3,08	- 2,15	- 1,32	- 1,62

CAS 3. — *Eczéma chronique généralisé.*

	Arrivée.		Départ.	
	Par litre.	Par 24 heures.	Par litre.	Par 24 heures.
Volume	»	-260	»	+1500
Acidité	60,0	15,6	-14,0	+21,0
Urée	+20,80	- 5,40	-16,6	+16,0
Acide urique....	+ 1,187	- 0,308	- 0,26	+ 0,4
Chlorures	= 8,0	- 2,08	- 3,66	+ 5,8
Phosphates.....	+ 3,0	- 0,78	- 0,666	+ 1,0

CAS 4. — *Eczéma chronique.*

	Arrivée.		Départ.	
	Par litre.	Par 24 heures.	Par litre.	Par 24 heures.
Volume	»	-1000	»	+1400
Acidité	0,48	0,48	-26,4	- 0,35

Urée	+24,0	-24,0	+20,71	+29,0
Acide urique....	+ 0,96	+ 0,96	- 0,46	- 0,65
Chlorures.....	- 7,1	- 7,1	- 4,92	- 6,9
Phosphates.....	+ 2,70	- 2,7	- 1,7	- 2,4

CAS 5. — *Psoriasis*.

	Arrivée.		Départ.	
	Par litre.	Par 24 heures.	Par litre.	Par 24 heures.
Volume	»	-900	»	+1400
Acidité	4,4	4,1	-30,0	+42,0
Urée	+28,5	-26,0	-23,0	-34,0
Acide urique....	+ 0,88	+ 0,77	-70,0	- 0,90
Chlorures.....	- 5,2	- 4,7	+ 5,3	+ 7,5
Phosphates.....	- 2,05	- 1,75	- 1,9	+ 2,6

CAS 6. — *Psoriasis*.

	Arrivée.		Départ.	
	Par litre.	Par 24 heures.	Par litre.	Par 24 heures.
Volume	»	-1250	»	+1500
Acidité	0,408	0,51	- 0,10	- 0,15
Urée	-17,6	-22,0	-17,66	+26,5
Acide urique....	+ 0,73	+ 0,92	- 0,18	- 0,28
Chlorures	- 5,89	- 7,2	- 5,82	+ 8,4
Phosphates.....	- 1,36	- 1,7	- 0,86	+ 1,3

CAS 7. — *Psoriasis*.

	Arrivée.		Départ.	
	Par litre.	Par 24 heures.	Par litre.	Par 24 heures.
Volume	»	-580	»	+1584
Acidité	3,53	2,03	- 1,32	+ 2,4
Urée	+26,80	+15,54	-13,0	+23,08
Acide urique....	+ 0,76	- 0,44	- 0,33	+ 0,59
Chlorures.....	- 7,30	- 4,23	- 4,76	+ 8,43
Phosphates.....	+ 3,5	- 2,105	- 1,46	+ 2,59

CAS 8. — *Psoriasis*.

	Arrivée.		Départ.	
	Par litre.	Par 24 heures.	Par litre.	Par 24 heures.
Volume	»	850	»	+1500
Acidité	0,75	0,63	- 0,39	- 0,44
Urée	+30,26	-25,42	-19,46	+29,2
Acide urique....	+ 1,09	+ 0,926	- 0,488	- 0,724
Chlorures.....	- 6,30	- 5,35	- 5,50	+ 8,25
Phosphates.....	+ 2,85	- 2,42	- 2,0	+ 3,0

CAS 9. — *Lichen*.

	Arrivée.		Départ.	
	Par litre.	Par 24 heures.	Par litre.	Par 24 heures.
Volume	»	-1450	»	+1450
Acidité	40,0	0,46	-22,0	- 0,323

Urée	+22,5	+25,0	+21,3	+31,0
Acide urique....	+ 0,968	+ 1,12	+ 0,42	— 0,61
Chlorures	— 5,4	— 6,3	— 3,8	— 5,5
Phosphates.....	— 1,75	— 2,1	— 0,87	— 1,24

L'étude de l'élimination a été rapportée au litre et aux 24 heures. Si nous admettons comme chiffres normaux approximatifs les suivants :

	Au litre.	En 24 heures.
Volume.....	"	1400,00
Acidité.....	4,00	5,00
Urée.....	18,00	26,00
Acide urique.....	0,46	0,65
Chlorures.....	8,00	11,00
Phosphates.....	2,14	3,00

nous voyons par rapport à la normale quel est l'état de l'élimination urinaire au litre et en 24 heures, avant et après la cure de la Bourboule.

Avant la cure de la Bourboule, on constate :

1° Élimination au litre : augmentation de l'acidité, de l'urée, de l'acide urique, des phosphates ; diminution des chlorures.

2° Élimination en 24 heures : Faible volume des urines en 24 heures. Diminution presque générale de tous les éléments sauf de l'acide urique. Il y a là, déjà, une constatation intéressante, puisqu'il ne peut s'agir de dilution des éléments et que, au contraire, une urine concentrée est généralement plus riche.

Il y a donc bien production en excès, mais surtout vices d'élimination rénale.

Après la cure de la Bourboule. — 1° Élimination au litre : tous les éléments sont diminués et se rapprochent sensiblement de la normale.

2° Élimination en 24 heures : l'acidité et l'acide urique diminuent, l'urée et tous les éléments en général augmentent ou tendent à reprendre leur taux normal.

Comme on le voit d'une façon très nette, l'eau de la Bourboule a agi ici comme régulateur de la nutrition viciée.

Les fonctions reprenant leur état normal, les glandes de la peau et le tégument entier font de même et la dermatose guérit.

Quel est le mécanisme qui entraîne la modification favorable et la régulation de la nutrition ? Les actions doivent être multiples à cause de la constitution complexe des eaux de la Bourboule.

La quantité d'eau ingérée peut agir en élevant la tension vasculaire, en augmentant la diurèse. Mais nous croyons que c'est surtout l'arsenic, les chlorures et les alcalins qui agissent ici. L'arsenic agit localement en s'éliminant par la peau, mais il agit surtout en dimi-

nuant les oxydations : les chlorures en aidant à l'élimination des toxines, les alcalins en neutralisant l'acidité du milieu sanguin et en aidant les oxydations organiques.

Il est vraisemblable même qu'il faut ajouter une action régulatrice des eaux de la Bourboule, soit par l'arsenic, véritable quinquina des cellules nerveuses et épidermiques, dérivées toutes deux de l'ectoderme ; soit par les nouvelles influences ionisantes ou radio-actives dont l'étude commence à peine à être ébauchée.

Les eaux de la Bourboule en injections sous-cutanées (comparaison avec les sérums artificiels, l'eau de mer et les eaux radio-actives).

Par MM. GASTOU et FERREYROLLES.

La thérapeutique thermique, depuis les récentes études faites sur les propriétés électriques ionisantes et radio-actives des eaux minérales, tend à suivre des voies nouvelles dont une des plus intéressantes a été celle de l'injection des eaux thermales faite dans les mêmes conditions que les sérums thérapeutiques (1).

Il nous a paru utile de rechercher quels étaient les effets des injections de l'eau de la Bourboule, de comparer ces injections à celles des sérums artificiels et marin et de rapprocher l'action des eaux de la Bourboule des faits de radio-activité constatés par Curie et Laborde et depuis par d'autres dans un grand nombre d'eaux minérales.

Dès les premières études faites sur les eaux de la Bourboule, les auteurs les ont considérées comme une véritable lymphe minérale, comme un plasma sanguin. L'examen des éléments contenus dans cette eau permettait cette hypothèse, que n'ont fait que confirmer les résultats cliniques obtenus chez les malades traités à la Bourboule.

Si nous examinons en effet les analyses données du sérum sanguin, nous voyons que toutes sont comparables à peu de chose près ; nous pouvons donner, par exemple, celles de Weber d'une part pour le sérum du sang de cheval et celle de Hensen et Damhart d'autre part pour la lymphe de l'homme. Nous avons pour 100 parties de cendres :

	Sérum de cheval.	Sérum humain.
Chlorure de sodium.....	72,88	74,484
Soude.....	12,93	10,355

(1) Cet article était à l'impression lorsque nous avons eu connaissance des deux monographies ci-dessous se rapportant aux questions de l'ionisation et de la radio-activité :

MAURICE BINET (de Saint-Honoré-les-Bains). *Les eaux minérales envisagées comme ferments métalliques.*

A. PIATOT (de Bourbon-Lancy). *Quelques considérations sur les propriétés radio-actives des eaux minérales, mars 1905.*

Potasse.....	2,85	3,255
Chaux.....	2,28	0,979
Magnésie.....	0,27	0,265
Acide carbonique.....	4,40	8,206
— sulfurique.....	2,10	1,276
— phosphorique.....	1,75	1,091
Silice.....	0,20	0,057
Oxyde de fer.....		

Si, à côté du sérum sanguin, nous étudions la composition des sérums artificiels, nous en trouverons des formules variées dont la composition plus ou moins complexe tend à se rapprocher du sérum sanguin.

Le plus simple est le sérum physiologique :

Chlorure de sodium.....	75r,50
Eau distillée stérilisée.....	1 litre.

Les sérums de Hayem et de Luton introduisent des éléments minéraux plus complexes.

Sérum de Hayem :

Chlorure de sodium pur.....	5 grammes.
Sulfate de soude cristallisé pur.....	10 —
Eau distillée et stérilisée.....	1000 —

Sérum de Luton :

Sulfate de soude.....	10 grammes.
Phosphate de soude.....	5 —
Eau distillée et stérilisée.....	1000 —

Enfin, le sérum de Trunczeck est celui qui tend à se rapprocher le plus du sérum sanguin :

Sulfate de soude.....	05r,44
Chlorure de sodium.....	05r,92
Phosphate de soude.....	05r,15
Carbonate de soude.....	05r,21
Sulfate de potasse.....	05r,40
Eau distillée et stérilisée.....	100 c. c.

Il représente en solution 10 fois plus concentrée un mélange de tous les sels alcalins, dans leurs proportions respectives, du sérum sanguin (Lyon et Loiseau, *Formulaire*).

Si du grand nombre d'analyses faites de l'eau de mer, toutes concordantes également, nous prenons les analyses suivantes calculées pour 100 parties de sels (Makin, 1898; et *Grande Encyclopédie*, article *Mer*), nous avons :

Chlorure de sodium.....	77,758	78,32	76,915
— de magnésium.....	10,878	6,40	11,407

Sulfate de magnésic.....	4,323	3,94	4,483
— de calcium.....	4,070	»	4,226
— de potassium.....	2,465	1,69	2,468
Chlorure de potassium.....	»	»	»
Carbonate de magnésic.....	0,290	»	0,298
Fer.....	0,217	0,21	0,206

Si nous tenons compte que les différents auteurs se sont contentés de doser et de rechercher les éléments les plus abondants et les plus aisés, nous pouvons enfin trouver dans ces différentes analyses les mêmes éléments, l'analogie est frappante. Les radicaux formant les sels dont la dissolution constitue l'eau de la Bourboule sont répartis en groupe constituant l'eau de mer et le sérum sanguin, chlore, sodium, potassium, calcium, magnésium, soufre, fer.

Mettons maintenant en parallèle l'analyse fournie pour les eaux de la Bourboule :

Arséniate de soude.....	0,02847
CO ²	0,0518
Chlorure de sodium.....	2,8406
— de potassium.....	0,1623
— de lithium.....	indices.
— de magnésium.....	0,0320
Bicarbonate de soude.....	0,8920
— de chaux.....	0,1905
Sulfate de soude.....	0,3084
Peroxyde de fer.....	0,0021
Oxyde de manganèse.....	indices.
Acide salicylique.....	0,1200
Silicate de soude.....	—
Borate de soude.....	—
Alumine.....	indices.
Matières organiques.....	—
Chlorures de cæsium et de rubidium.....	—

Comme nous le voyons, il existe un grand nombre d'éléments communs au sérum sanguin, aux sérums artificiels, à l'eau de mer et à l'eau de la Bourboule.

Notons en plus qu'il y a peu ou pas de phosphore dans l'eau de la Bourboule, où il est remplacé par 0,028 milligrammes d'arséniate de soude. Le rôle vital de l'arsenic est bien connu après les expériences d'A. Gautier et de Bertrand qui conclut de ses travaux que dans le corps humain l'arsenic n'est pas localisé dans certains organes, mais est un des principes de tous les tissus, élément fondamental du plasma au même titre que le phosphore qu'il aide et peut même suppléer. Les expériences de Stoklasa (1897) sur la culture des végétaux dans des solutions d'acide phosphorique et d'acide arsénique le prouvent surabondamment.

Rien d'étonnant donc à ce que nous admettions l'hypothèse que l'eau de la Bourboule injectée à un animal se conduise comme un sérum artificiel ou comme l'eau de mer. On peut donc injecter de l'eau de la Bourboule sans produire aucun désordre dans l'économie, on peut remplacer le sang d'un organisme par de l'eau de la Bourboule sans inconvénient.

C'est ce que nous avons essayé de faire, et dans ce but l'un de nous a pratiqué 3 séries parallèles d'expériences. Elles ont été : d'abord expérimentales sur les animaux, puis cliniques sur des malades atteints de troubles de nutrition variés.

L'eau de la Bourboule qui a servi dans les deux premières séries de nos expériences est de l'eau transportée et qui n'a pas été recueillie spécialement, c'est l'eau que l'on trouve dans le commerce. Nous l'avons injectée à une température moyenne de 25° sans lui faire subir aucune manipulation.

1^{re} série : Injection intra-organique d'eau de la Bourboule.

I. — Un lapin de 3 kil. 200 reçoit directement dans le sang, par la veine auriculaire, 160 grammes d'eau Choussy-Perrière; l'animal ne présente aucune gêne, aucun phénomène d'intoxication, après plusieurs jours d'observation.

II. — Un lapin de 3 kilogrammes est soumis à une injection intraveineuse d'eau de la Bourboule. Après avoir reçu 300 grammes d'eau, il présente de la dyspnée; à 380 cent. cubes, l'animal continue à uriner. On continue l'injection jusqu'à 600 cent. cubes; l'animal est abattu, continue à uriner fréquemment pendant quelques heures; au bout de quatre heures, il a repris son aspect habituel (1).

III. — Un lapin de 3 kilogrammes est saigné par la carotide, et, au moment où nous avons retiré 50 grammes de sang, l'animal est pris d'une dyspnée intense, de quelques secousses convulsives; nous arrêtons l'hémorragie et injectons par la carotide 100 grammes d'eau Choussy-Perrière; aussitôt la ligature faite et l'animal détaché, il reprend son aspect normal.

IV. — Chez un deuxième lapin, nous retirons 60 grammes de sang; les phénomènes de dyspnée et les secousses convulsives sont telles que nous suspendons rapidement l'hémorragie et injectons 100 grammes d'eau de la Bourboule par la carotide; comme dans l'expérience précédente, aucun trouble, et dix jours après les animaux sont en parfait état.

V. — Un cobaye de 610 grammes reçoit 142 grammes d'eau de la Bourboule par voie intrapéritonéale, aucun signe d'intoxication.

VI. — Un cobaye de 354 grammes reçoit de la même façon 100 grammes d'eau de la Bourboule, il urine et quelques heures après ne semble nullement incommodé.

VII. — Un cobaye de 240 grammes reçoit 100 grammes d'eau de la Bourboule, toujours par voie intrapéritonéale : dyspnée intense, tremblements,

(1) FERREYROLLES et BILLARD. Recherches expérimentales sur la tolérance des eaux de la Bourboule. *Société d'hydrologie médicale de Paris*, décembre 1905.

l'animal semble devoir succomber, il urine fréquemment et le lendemain tout est rentré dans l'ordre.

2^e série : VIII. — Un chien des rues, de 12 kilogrammes, est saigné par l'artère fémorale, sans précaution spéciale d'asepsie. Nous retirons 500 grammes de sang; à ce moment dyspnée inquiétante, contracture des membres, affaissement des vaisseaux; par la canule nous injectons aussitôt 500 grammes d'eau de la Bourboule. A la fin de l'injection, le nombre des globules rouges est passé de 6700000 à 3200000. L'animal, qui avait été anesthésié par une solution d'atropine et de morphine, est descendu dans la cage le lendemain; il avait mangé de fort bon appétit les aliments qui lui avaient été laissés; gai, il paraissait absolument normal. Dès lors, tous les jours son état se transforme pour devenir très brillant; il mange beaucoup plus, vif, alerte, augmente rapidement de poids, son poil devient luisant en même temps que le 6^e jour le nombre de ses globules rouges était passé à 7100000, en augmentation sur le chiffre initial, avec une pression normale de 14 centimètres de mercure. Quinze jours après, considéré comme normal, il servait à d'autres expériences.

IX. — Expérience sur un chien, avec les mêmes résultats.

X. — Nous injectons à un lapin 100 grammes d'eau de la Bourboule par la veine marginale de l'oreille et le mettons dans la cage d'un calorimètre différentiel de d'Arsonval, comparativement avec un lapin normal. Très légère élévation de température chez l'animal injecté, et un quart d'heure après l'équilibre est rétabli pour se maintenir définitivement.

Si nous comparons maintenant ces résultats, d'une part à ceux obtenus par M. Quinton avec l'eau de mer ramenée à l'isotonie, d'autre part à ceux bien connus des différents sérums dits artificiels, nous voyons que ces résultats sont tout aussi satisfaisants, le point de comparaison de l'état postérieur des animaux étant très difficile à apprécier quand les expériences ne sont pas faites en même temps, et sur des animaux exactement comparables.

Une différence toutefois dans la réaction qui suit l'injection d'eau de mer (pratiquée à une température inférieure à celle de l'animal) : la température s'abaisse et, tout en pouvant subir des oscillations, ne remonte jamais à la température initiale. L'injection chlorurée, au contraire, pratiquée dans les mêmes conditions, ne fait subir à la température de l'animal qu'une chute réduite. Elle tend ensuite à se relever, oscille et, d'une façon générale, remonte au-dessus de la température du début.

Pour l'eau de la Bourboule : peu ou pas de réaction à la suite des injections.

Dès lors nous nous sommes crus autorisés à traiter quelques malades par cette méthode.

L'eau de la Bourboule a été recueillie directement au griffon, dans un ballon stérilisé, et a été ensuite immédiatement injectée dans le tissu sous-cutané de la région fessière, sans avoir subi la moindre manipulation.

Si on la chauffe en effet pour la stériliser, elle perd ses propriétés par les modifications qu'elle subit. De même que nous avons montré que la toxicité de l'eau de la Bourboule est beaucoup plus faible que celle d'une eau fabriquée artificiellement, de même après l'ébullition nous modifions ses propriétés physiques et radio-actives. L'eau de mer se conduit de même façon et M. Quinton a pu, en dissolvant dans un litre d'eau distillée tous les éléments obtenus par un litre d'eau de mer évaporée, faire une eau de mer toxique, et jamais il n'a pu obtenir de mouvements amiboïdes dans un mélange marin stérilisé.

Du reste, l'eau de la Bourboule a une température au griffon de 55° et les nombreuses injections faites dans le tissu sous-cutané ou par les voies intrapéritonéales ou intravasculaires chez les lapins et les cobayes nous permettent de la considérer comme absolument aseptique.

Aucune addition ou aucune évaporation pour la ramener à l'isotonie du sérum sanguin. On se sert couramment et avec succès de sérum artificiel à 7 grammes p. 1000 qui n'est pas isotonique et devrait avoir 9 gr. 1 pour 1000 de sel avec un point cryoscopique de 0,55. L'eau de la Bourboule contient 6 gr. 4997 de sels, son point de congélation est de 0,30°. Les injections pratiquées dans les expériences précédentes ont confirmé les résultats de Canion et Hallion qui ont montré que dès qu'une injection est lente (ce qui se produit toujours par la voie sous-cutanée) et à dose relativement réduite, les désordres mécaniques dus à une inégalité légère entre leur concentration moléculaire et celle de l'organisme sont légers et pratiquement négligeables.

3^e série. — Expérimentation clinique.

1^{er} Cas. — Sujet de santé délicate. Tuberculose pulmonaire, angine, pleurésie.

Poids à l'arrivée, 58^{kg}, 600. Injections de 50 centimètres cubes, puis de 100 centimètres cubes d'eau de la Bourboule, tous les 2 jours ; pas de réaction fébrile, ni de fatigue, amélioration de l'état général et local. Au départ, poids 61^{kg}, 350.

2^e Cas. — Lymphatisme. Eczéma impétigineux. Adénopathies. Type scrofuleux.

Injections de 50 centimètres cubes d'eau de la Bourboule tous les 3 jours, puis 100 centimètres cubes. Amélioration marquée.

4^e Cas. — Adénopathie bacillaire.

Arrive en juin 1906, est soumise aux injections d'eau de la Bourboule. Au début, 50 centimètres cubes tous les deux jours, dans le tissu sous-cutané de la paroi abdominale ; légère douleur due à la distension, aucune réaction désagréable comme dans l'injection d'eau de mer, la malade la supporte très bien et se lève une heure après. Au bout d'une semaine l'appétit, nul, semble renaître, la malade a plus d'entrain. Nous faisons alors 100 grammes tous les deux jours, et la malade, après cette injection, accuse un bien-être immédiat qu'elle n'avait pas ressenti par les premières injections ; une heure après environ, elle se lève avec plus de plaisir, marche volontiers et est toute la journée dans un état d'euphorie remarquable, plus de forces et d'entrain ;

le lendemain, ces effets immédiats sont diminués, mais très appréciables, l'état général s'améliore, la malade a augmenté de 2^{kg}, 100, l'appétit est excellent, l'atonie intestinale semble avoir cédé, les nuits sont meilleures.

Après un séjour d'un mois, elle repart et déclare qu'il n'y a aucune comparaison à établir entre son état et celui des années précédentes, où elle avait été traitée par l'ingestion des eaux; jamais elle ne s'est sentie aussi bien et aussi rapidement améliorée.

Cette observation est intéressante, justement à cause de la comparaison faite par la malade qui avait été soignée antérieurement à la Bourboule, comparaison qui nous montre bien, dans les affections d'ordre général, le bénéfice de la méthode des injections sous-cutanées et sa supériorité sur les autres méthodes d'administration.

Il est évident que ce mode d'administration a besoin d'être modifié : les doses à injecter, le temps à laisser entre les injections, autant de points à préciser suivant chaque individu et suivant chaque affection.

Les résultats de nos expériences et de la clinique ayant été, comme nous avons essayé de le démontrer, des plus satisfaisants, nous nous sommes demandé s'il n'existait pas, en dehors de l'action de l'eau de la Bourboule en injection, action comparable à celle des sérums artificiels et marin, une action que l'on pourrait rattacher à la radio-activité de l'eau de la Bourboule.

Quoique la recherche des principes radio-actifs n'ait pas encore été faite dans les eaux de la Bourboule, la constatation de la radio-activité des eaux minérales a été établie, dès 1906, par MM. Curie et Laborde (1).

Voici en effet ce que dit M. Laborde : « A la suite de l'ensemble des travaux concordants de MM. Elster et Geitel, Curie, Strutt, J.-J. Thomson, Hünstedt, Dewar, Ramsay, Moureaux, Troost et Bouchard... il résulte que l'on peut affirmer la présence de l'émanation du radium dans les gaz qui s'échappent au griffon de certaines sources minérales et la présence de sels de radium dans les dépôts de certaines eaux ».

Et plus loin :

« Rapprochant alors des faits constatés avec certaines eaux minérales (fièvre thermale, action sédative, action thérapeutique décroissante avec le temps) des propriétés connues de l'émanation (action sur le système nerveux, diminution des propriétés radio-actives suivant une loi constante), l'on est frappé d'une concordance qui prend l'apparence d'une révélation lorsqu'on sait que les eaux minérales, qui se sont montrées jusqu'à présent les plus radio-actives, sont celles de Gastein en Allemagne, de Plombières en France qui caractérisent les eaux à faible minéralisation. »

(1) ALBERT LABORDE : Radio-activité des eaux minérales. *Le Radium*, n° 1, 15 juillet 1904.

L'étude de la radio-activité des corps liquides et gazeux est à peine entreprise et déjà il est démontré que l'eau de pluie elle-même peut être radio-active et à plus forte raison l'eau minéralisée à la façon de l'eau de mer ou de l'eau de la Bourboule.

Si l'action des eaux de la Bourboule peut être due pour une part à la radio-activité, il faut connaître l'action, en injections parenchymateuses, de l'eau radio-active.

Or, voici ce qu'en dit Oudin (1) :

« Pour les injections parenchymateuses, Braunstein a utilisé des solutions d'émanation dans l'eau à la dose de 5 à 10 centimètres cubes. On obtient de l'eau aussi saturée que possible d'émanation en distillant une solution de bromure de radium. A ce propos, je crois qu'un obstacle sérieux à l'action locale de l'émanation est son extrême diffusibilité. Quelques minutes après une injection d'eau saturée d'émanation, tous les tissus de l'organisme, même les poils les plus loin situés de l'injection, sont radio-actifs ».

Et il ajoute plus loin : « Quelques minutes après les injections sous-cutanées de solution, l'haleine est radio-active. »

L'eau de la Bourboule n'a-t-elle pas des actions sur le système tégumentaire et pileaire, sur le système broncho-pulmonaire, que l'on peut comparer à celles des eaux radio-actives ?

Nous avons cru devoir attirer l'attention sur ces faits. L'eau de la Bourboule enfin par l'arsenic, les chlorures et les sels alcalins qu'elle contient, possède des effets d'ionisation, c'est-à-dire électrolytiques sur les substances colloïdes de l'organisme. Or l'un de nous, à propos de l'action des radiations de l'ampoule de Croocker et des rayons Röntgen, a insisté sur l'action électrolytique des rayons X sur les tissus : électrolyse ou ionisation et radio-activité, tout cela se tient ; c'est pourquoi il serait du plus haut intérêt de continuer en même temps l'étude des injections d'eaux minérales et celle de leur radio-activité, l'action des unes étant peut-être pour une part une conséquence de l'autre.

La facilité et la rapidité avec laquelle des ampoules d'eau de la Bourboule fraîchement préparées peuvent être transportées peuvent en faire un adjuvant précieux pour la continuation de la cure à domicile.

En résumé et en dehors de toute interprétation théorique, nous avons cherché à montrer que la sérumthérapie hydro-minérale peut donner des résultats excellents, supérieurs même aux autres moyens thérapeutiques employés jusqu'ici dans les stations balnéaires, et que si elle n'est pas nécessaire dans tous les cas elle peut être considérée comme

(1) OUDIN : État actuel de la Radiumthérapie. *Le Radium*, année 1906, t. III, p. : 63.

une méthode de choix. Elle s'impose chaque fois que l'intolérance gastro-intestinale entre en jeu ou que les progrès de l'affection obligent à agir vite et énergiquement.

Élections.

Au cours de la séance, ont été élus :

Président : M. ALFRED FOURNIER.

Vice-Présidents : MM. HALLOPEAU, BALZER, CHARMEIL.

Trésorier : M. G. BEAUDOUIN.

Secrétaires annuels : MM. BODIN, L. BRODIER, DÉHU, DRUELLE, ÉTIENNE, LENGLET.

Membres du Comité de direction : MM. GAUCHER, DE BEURMANN, HUDELO, JULLIEN, A. RENAULT.

Membres titulaires : MM. R. HORAND, H. MONEL.

La séance supplémentaire, consacrée au traitement du lupus *tuberculeux*, aura lieu le 16 mai 1907.

Ont été nommés délégués de la Société au prochain Congrès de dermatologie de New-York : MM. GASTOU, HALLOPEAU, A. RENAULT.

Le Secrétaire :

L. BRODIER.

Le Gérant : PIERRE AUGER.

CORBEIL. — IMPRIMERIE ÉD. CRÉTÉ

SÉANCE SUPPLÉMENTAIRE DU 21 FÉVRIER 1907

Présidence de M. Alfred Fournier.

SOMMAIRE. — Le traitement intensif et abortif de la syphilis réalisé par les injections d'huile grise, par M. DUHOT. — Deux mots sur l'huile grise, par M. JULLIEN (Discussion : MM. EMERY, BALZER, EUDLITZ.) — Note sur les injections d'huile grise, par M. ÉTIENNE. — Considérations sur l'emploi de l'huile grise dans le traitement de la syphilis, par M. A. RENAULT. — Considérations sur les injections d'huile grise, par M. E. FOURNIER. (Discussion : MM. CHARMEIL, MILLAN, BALZER, LEREDDE, QUEYRAT, E. FOURNIER, LÉVY-BING.) — Réflexions sur l'huile grise, par M. A. FOURNIER.

Le traitement intensif et abortif de la syphilis réalisé par les injections d'huile grise.

Par M. DUHOT.

Notre distingué confrère, M. le Dr Lafay, dans le remarquable rapport qu'il a publié (1), a bien mis en évidence, beaucoup mieux que je ne pourrais le faire, tous les avantages incontestables des injections d'huile grise, et leur supériorité de plus en plus reconnue sur tous les autres procédés de traitement usuel de la syphilis.

Me ralliant donc entièrement aux conclusions du rapporteur, je ne me permettrai d'insister que sur quelques points particuliers qui sont les plus sujets à controverse, et sur lesquels je vous demande la permission de vous exposer mes idées personnelles.

J'examinerai donc le plus brièvement possible :

- 1° La dose à injecter ;
- 2° La question des séries et du traitement abortif ;
- 3° Quelques points particuliers concernant la technique et la tolérance aux injections d'huile grise.

Dose à injecter. — La question des doses est certes une des plus importantes de la pharmacologie de l'huile grise, nous a dit avec raison le rapporteur. J'ai écrit, il y a longtemps déjà, que je considérais la dose de 14 centigrammes comme la dose moyenne à administrer à un adulte sain et vigoureux et d'un poids moyen de 65 kilos ; ce qui correspond environ à 70 kilos pour un sujet habillé. Cette dose vient

(1) L. LAFAY. *Pharmacologie de l'huile grise*. O. Doin, 1906.

d'être reconnue également comme dose moyenne par M. le Dr Queyrat qui pratique annuellement à l'hôpital Cochin de 7 à 10 000 injections d'huile grise et qui a reconnu comme moi que la dose classique de 7 centigrammes était souvent trop minime pour atteindre la dose, non pas celle du symptôme apparent, mais la dose vraiment curatrice de la maladie, celle qui assure l'avenir du malade contre des troubles quelquefois très obscurs et, hélas ! si fréquents qui peuvent venir empoisonner tardivement son existence. Mais, et je m'empresse de le dire, ce n'est pas à tout syphilitique indistinctement que j'administre cette dose, d'une façon aveugle, et je ne fais nullement, comme on a dit, un traitement d'instinct, hasardé et capricieux.

Je choisis mes malades, je les trie, si je puis m'exprimer ainsi, et ce n'est qu'après m'être assuré que ce ne sont pas des alcooliques invétérés avec insuffisance rénale ou des candidats à la tuberculose, qu'ils ont le poids voulu et la résistance organique nécessaire, que le foie et les reins fonctionnent normalement, ce n'est qu'après avoir fait ces constatations que j'administre la dose de 14 centigrammes.

Si l'on tient compte que le traitement intensif a des contre-indications formelles, dit Manquat, si l'on y ajoute la susceptibilité individuelle, il ne reste comme justiciables des doses intensives que quelques sujets très vigoureux, aux émonctoires puissants.

Cette opinion ne me semble pas exacte et, si j'en juge par mon expérience personnelle, c'est au contraire la majorité des syphilitiques qui sont justiciables du traitement intensif, surtout pour la première cure.

La syphilis, en effet, s'acquiert surtout avant quarante ans, à l'âge où l'individu possède la plénitude de ses forces et son maximum de résistance. Chez les individus dont le poids est inférieur à 65 kilos, il faut réduire proportionnellement les doses ; la femme supporte en général un peu moins bien que l'homme le traitement intensif, mais il ne manque pas de femmes grandes et fortes qui tolèrent parfaitement la dose de 14 centigrammes. Ce n'est qu'exceptionnellement que la dose intensive doit être administrée au delà de cinquante ans ; et chez les vieillards il faut la proscrire absolument. On pourrait chez eux à des accidents certains.

Le traitement intensif est surtout toléré par les malades jeunes pris au début du chancre, car chez eux la résistance organique n'est encore amoindrie en rien par les toxines syphilitiques.

Il ne faut jamais perdre de vue que le malade soumis au traitement intensif doit être tenu sous la plus étroite surveillance, de manière à pouvoir arrêter le traitement à la première menace d'intolérance.

Comme je l'ai écrit, je reconnais environ à ma clinique 13 p. 100 de malades qui ne supportent pas les doses intensives ; tandis que cette proportion n'est que de 5 p. 100 dans ma clientèle privée. En réduisant

alors les doses, je parviens encore souvent chez ces malades à faire accepter les injections d'huile grise.

En posant comme nécessaire, surtout pour la première cure, la dose de 14 centigrammes, je n'ai pas émis un principe indépendant de l'observation des effets thérapeutiques.

Grâce à cette dose intensive je suis arrivé systématiquement à rendre la syphilis muette, lorsque le traitement pouvait être commencé vers le quinzième jour après le début du chancre, ce que, par aucune méthode, on n'a pu réaliser méthodiquement en administrant des doses moyennes du médicament. C'est encore grâce à la dose intensive que le nombre des récidives est considérablement diminué chez les syphilitiques traités seulement à la période secondaire, et même chez bon nombre d'entre eux la diathèse reste muette. Quel contraste avec les récidives si fréquentes des malades traités par la méthode interne !

C'est encore par l'usage de cette dose que j'ai pu constater que la lymphocytose céphalo-rachidienne, si fréquente au cours de la syphilis secondaire, comme l'a démontré Ravaut, n'existait pas avec un traitement intensif précoce. Et je crois qu'il est inutile de m'arrêter à vouloir vous démontrer plus longuement l'importance qu'il y a à préserver le système nerveux contre cette première attaque de la syphilis, alors que celle-ci possède son entière virulence, et l'influence que cette préservation peut avoir contre les lésions de la période tertiaire, surtout le tabes et la paralysie générale.

Un fait qui milite encore en faveur de la dose intensive, est l'observation suivante : si l'on pratique l'excision du chancre, il n'est pas rare de le voir se reproduire dans la plaie si l'on administre seulement les doses moyennes. Au contraire une cicatrisation très rapide constitue la règle presque générale si l'on pratique aussitôt le traitement intensif.

La seule raison, dit Manquat, qui pourrait légitimer le parti pris théorique d'administrer la dose maxima tolérée par l'organisme, serait que, le médicament spécifique atteignant directement l'agent pathogène, il conviendrait de l'attaquer avec toute la rigueur possible. Malheureusement, dit-il, nous ignorons absolument le mode d'action du mercure dans la syphilis et nous ne pouvons appuyer une méthode thérapeutique sur une hypothèse. Mais, par dose intensive, faut-il entendre réellement la dose maxima tolérée par l'organisme et sommes-nous réellement si dépourvus de preuves pour croire à l'action directe du Hg. sur le spirochète ? Sans avoir certainement la preuve irréfutable, l'argument indiscutable de cette action élective, nous posons cependant certains faits d'observation qui méritent d'être pris en sérieuse considération.

Les travaux de Lévy-Bing, de Joanitescu et Galacescu, Kowalesky, constatant la disparition progressive du spirochète dans les plaques muqueuses à mesure que l'imprégnation mercurielle devient plus forte,

constituent une base déjà importante d'observation. Nous connaissons aussi l'action directe des frictions mercurielles sur les inoculations expérimentales du spirochète ; et si ces faits n'ont en pratique qu'une valeur relative pour la prophylaxie de la syphilis, ils n'en conservent pas moins leur valeur comme expérience de laboratoire.

Le fait déjà cité qu'un chancre excisé ne se reproduit généralement pas dans la plaie lorsque le traitement intensif est institué, alors que la récurrence n'est pas rare avec un traitement moyen, constitue encore un fait qui tend à prouver l'action directe du Hg. sur le spirochète. Enfin le résultat du traitement abortif qui empêche le virus de se généraliser et de produire les phénomènes de la période secondaire constitue un argument très sérieux en faveur de cette manière de voir.

Toute autre théorie peut-elle se prévaloir d'expériences cliniques déjà aussi importantes ? et l'ensemble de ces faits ne constitue-t-il pas déjà un faisceau de preuves qui confirment l'hypothèse de l'action directe du mercure sur le virus syphilitique ? On a dit que le mercure agissait seulement de façon indirecte en favorisant les réactions défensives de l'organisme. Si cette hypothèse était exacte, la sérothérapie aurait dû donner des résultats bien plus positifs.

On définit la dose intensive : « la dose maxima tolérée par l'organisme ». Cette définition ne donne qu'une interprétation fautive du traitement intensif, car en administrant la dose de 14 centigrammes l'on n'atteint nullement la dose maxima que beaucoup d'individus pourraient passagèrement tolérer. Le traitement intensif est celui qui sans la dépasser pousse la mercurisation seulement jusqu'à la dose nécessaire à la guérison réelle de la maladie, qui vise à éviter les récurrences, sans chercher toutefois à atteindre la limite de la résistance organique de l'individu et sans amener dans ses organes de troubles cellulaires pouvant entraîner des altérations durables. Cette résistance individuelle peut certainement varier et c'est pourquoi cette dose moyenne de 14 centigrammes n'a nullement la prétention d'être immuable, et le bon sens clinique du médecin doit évidemment la diminuer au moindre signe d'intolérance.

La résistance organique, dit Sabouraud, est un facteur primordial qui en médecine ne se laisse pas négliger. Mais l'on voit combien un traitement intensif prudent et raisonné en tient un compte sévère, sans oublier toutefois que cette résistance au mercure est plus grande que l'on ne le croit généralement.

Manquat dit encore qu'un médicament même spécifique doit être administré à la plus petite dose efficace et oppose cette formule à la dose maxima tolérée par l'organisme. Personne n'oserait contester cette proposition, mais ainsi formulé cet argument est sujet à équivoque et ne fait en rien avancer la question, car le tout est de savoir quelle est la plus petite dose efficace et surtout d'en établir la preuve. Est-ce la

dose moyenne, suffisante quelquefois, mais qui permet aussi la récidence et le tertiarisme, ou la dose intensive, quelquefois un peu plus difficile à tolérer, je l'avoue, mais qui réduit au silence le virus syphilitique ?

La dose de 14 centigrammes a été adoptée par M. le D^r Queyrat après une expérimentation clinique très considérable, et le D^r Lévy-Bing la dépasse même quelquefois chez des sujets très vigoureux. Cette dose expérimentalement déterminée n'a d'ailleurs rien de si extraordinaire, puisqu'administrée hebdomadairement elle n'introduit que 2 centigrammes de mercure par jour dans l'organisme.

Cette question du traitement intensif devient surtout intéressante si l'on considère que 25 p. 100 au moins des malades abandonnent le traitement après la deuxième année, malgré les plus sages avertissements, et que dans ces conditions le tertiarisme est de 17 p. 100 avec les traitements anciens.

Le rapporteur a insisté, et avec raison, sur les erreurs de dose qui peuvent résulter de l'emploi de la seringue de Pravaz. Je me permets d'ajouter qu'une autre erreur peut provenir de soi-disant seringues de Barthélemy, très mal calibrées et d'une capacité très supérieure à celle de cet instrument. Voici une seringue fabriquée à Liège et couramment vendue dans cette ville comme seringue de Barthélemy et qui contient une quantité d'huile grise bien supérieure à la seringue type. Elle contient une quantité presque double de celle de la seringue de Barthélemy. Il faut vraiment que l'huile grise soit une préparation bien tolérée pour n'avoir pas eu, dans ces conditions, d'accidents à déplorer. Car des seringues pareilles ont été employées par plusieurs médecins de Liège, comme le D^r Laruelle me l'a assuré.

J'ai vu aussi plusieurs fois des médecins se servir des fonds de flacon d'huile grise dans lesquels le mercure accumulé se trouvait certainement dans une proportion double de la dose à injecter.

Mais là où ma pratique diffère essentiellement de celle de la plupart des syphiligraphes, c'est dans la question de la durée des séries, et comme cette question se confond avec celle du traitement abortif, j'aborderai immédiatement ce point encore si controversé.

Le pouvoir d'enrayer définitivement et systématiquement l'évolution de la syphilis par un traitement énergique et précoce constitue une réalité qui, déjà affirmée par Jullien, n'est pas encore admise actuellement en médecine et dont, cependant, j'ai pu obtenir la réalisation pratique grâce aux injections d'huile grise administrées à doses intensives.

Dans la seconde édition de son beau livre sur le traitement de la syphilis, M. le professeur Fournier nous dit, en parlant des tentatives faites pour arrêter la diathèse, qu'il est logique d'essayer de mieux faire par le traitement intensif d'emblée, que par les méthodes douces qui sont d'un usage courant. Notre illustre maître reconnaît que, quoi-

qu'un tel programme ne repose que sur une base théorique, c'est un programme d'expérimentation correct et qu'il mérite tout au moins les honneurs d'un essai loyal. Au Congrès de Lisbonne, j'ai rapporté le chiffre de 134 cas, 120 hommes et 14 femmes, dont l'âge variait de 16 à 36 ans, qui avaient subi le traitement abortif; 42 étaient en période tertiaire depuis 6 mois à 8 ans, et chez aucun de ces malades ayant dépassé la quatrième année de l'infection il ne s'était manifesté de symptôme de tertiariisme.

J'ai eu 6 cas douteux qui ont présenté exclusivement des lésions mal caractérisées de la gorge. C'est d'ailleurs un des endroits où notre diagnostic s'établit le plus difficilement et où les laryngologues eux-mêmes éprouvent quelquefois une réelle difficulté à établir le diagnostic par les seuls caractères objectifs des lésions locales.

Actuellement le chiffre de mes malades ayant subi le traitement abortif et étant en traitement au moins depuis deux années se monte à 149, avec 54 cas de malades arrivés à la période tertiaire sans aucun accident.

Permettez-moi de préciser d'abord ce que j'entends par traitement abortif de la syphilis au sens large du mot. C'est un traitement médical qui par une mercurisation rapide et énergique du début empêche la généralisation du spirochète dans l'organisme, semblant cantonner le mal sur place, le réduisant au chancre et à la pléiade ganglionnaire, l'affaiblissant ensuite jusqu'à extinction, de sorte qu'aucune manifestation secondaire ne puisse être observée, malgré les recherches et l'attention la plus minutieuse et malgré les moyens d'investigation les plus approfondis.

On m'a objecté que le mot « abortif » était un bien grand mot. Mais est-il illogique d'user de ce terme pour caractériser une méthode qui ne laisse apparaître aucun des signes habituels de la période secondaire, alors que la récurrence est la règle presque générale avec toutes les autres méthodes, et que ces résultats se vérifient de plus en plus à mesure que mon expérience augmente et que les cas observés deviennent plus nombreux. J'espère d'ailleurs pouvoir légitimer bientôt le terme que j'ai employé, par la recherche du séro-diagnostic sur lequel M. le professeur Neisser a donné récemment les plus belles espérances.

Peut-on encore réellement m'objecter le hasard des séries? Peut-on vraiment soutenir encore qu'il ne s'agit là que d'une suite de cas heureux de syphilis qui se seraient maintenues dans les limites de l'extrême bénignité avec les traitements usuels? Je crois que l'on ne peut plus invoquer le hasard pour expliquer ces faits et que le chiffre est déjà trop grand pour ne pas chercher dans le traitement intensif la cause réellement efficiente des résultats obtenus. Il y a bien encore l'erreur de diagnostic. Mais, en admettant que je me sois trompé, et

même souvent, cela ne pourrait encore influencer l'éloquence des résultats. D'ailleurs depuis que la recherche de l'agent pathogène est entrée dans la voie pratique, tous mes diagnostics sont basés sur la recherche du spirochète, faite par le Dr Gengou à l'Institut Pasteur de Bruxelles.

Ce que l'on peut évidemment m'objecter, c'est qu'il faut une vie entière pour suivre un malade et pour pouvoir affirmer qu'il est à l'abri du tertiarisme. Je reconnais la valeur de l'objection, mais le bon sens ne dit-il pas aussi que si toute la période secondaire se passe sans un seul accident, et si ces mêmes faits s'observent chez un très grand nombre de malades, l'objection perd une grande partie de sa valeur, car il est logique d'admettre, et les statistiques de M. le professeur Fournier le prouvent éloquemment d'ailleurs, que les malades ainsi préservés trouveront dans cette énergie du traitement leur meilleure garantie d'avenir.

Comme le Dr Lévy-Bing l'a dit à Lisbonne, notre regretté confrère M. le Dr Barthélemy, qui avait dû certainement remarquer cette immunité des malades soumis à un traitement énergique du début par les injections d'huile grise, avait commencé à établir des statistiques dans ce sens, et il est à espérer que des documents aussi précieux ne seront pas perdus pour la science.

Sans avoir encore cette expérience personnelle à longue échéance, je puis déjà affirmer que pas un des malades soignés par le traitement abortif n'a présenté de symptômes de tertiarisme et je puis encore citer l'opinion du Dr Jullien qui a expérimenté avec un agent d'une efficacité analogue et qui depuis plus de vingt ans confirme des résultats semblables observés dans sa vaste pratique.

Mais ce que mon expérience permet d'établir dès maintenant, et c'est là déjà un point très important, c'est qu'il est possible d'enrayer systématiquement la période secondaire chez les individus soumis dès le début, c'est-à-dire à partir du quinzième jour, au traitement intensif et probablement encore après et que, quasi seules dans la pratique, les injections d'huile grise peuvent atteindre efficacement ce résultat.

Jusqu'il y a peu de temps encore, j'étais seul à affirmer avec M. le Dr Jullien qu'il fût possible de tuer ainsi dans l'œuf le germe de la syphilis. Aujourd'hui cependant plusieurs syphiligraphes se sont déjà ralliés aux idées émises depuis si longtemps par le maître de Saint-Lazare. Le Dr Tommasoli croyait également au traitement abortif. Le Dr Leredde s'est rallié à l'idée que les malades traités énergiquement dès le début par les injections d'huile grise semblent ne présenter jamais d'accidents. Le professeur Levy et le Dr Nepi ont exprimé, en Italie, des idées semblables. Le professeur Dinds, de Lausanne, écrit qu'il croit à l'action abortive du traitement mercuriel, mais dans une proportion peut-être un peu inférieure à celle de 95 p. 100, citée par

moi. Il reconnaît qu'il n'a pas essayé l'huile grise et qu'il va mettre à l'essai ce nouveau mode de mercurisation. Le D^r Schindler, de Berlin, après avoir expérimenté le traitement abortif, reconnaît l'exactitude et la régularité des résultats et proclame la supériorité de l'huile grise sur le salicylate de Hg., généralement encore utilisé en Allemagne.

Le traitement abortif n'est-il pas l'extension logique de l'idée qui a présidé à l'établissement du traitement immédiat de la syphilis, si éloquemment défendu par M. le professeur Fournier. Déjà notre illustre maître constatait que sous son influence, tout en n'employant que des traitements doux, le cycle était brisé, la roséole étiolée et qu'elle n'était plus que l'ombre d'elle-même. Il lui est même arrivé de réaliser complètement ainsi l'avortement de la roséole. Le traitement abortif n'est en somme que la méthode du professeur Fournier, dont les résultats ont été renforcés grâce aux perfectionnements de la thérapeutique.

M. le D^r Lafay vous a tracé dans son rapport le schéma de mon traitement abortif. J'y ai apporté quelques légères modifications, car il est aisé de comprendre que le schéma d'un tel traitement n'est pas exempt de quelques tâtonnements et que l'idéal est de trouver la plus petite quantité de mercure capable d'assurer la constance des résultats.

Je fais actuellement une première série de 15 injections de 0^{sr},14 de Hg. dans les conditions que j'ai développées; les deux premières piqûres tous les cinq jours, surtout chez les sujets d'un poids très fort, les deux suivantes tous les six jours et les autres hebdomadairement.

Mon expérience m'a prouvé que cette série était suffisante pour atteindre le résultat désiré et ce n'est plus qu'exceptionnellement que j'atteins le chiffre de 20 injections. Mais pour vous prouver cependant que des malades vigoureux peuvent supporter ces doses, j'aurai l'honneur de vous en présenter deux chez lesquels j'ai atteint la limite de 20 injections de 14 centigrammes de Hg.

Chez l'un d'eux, la vingtième injection a été faite lundi dernier et ce malade n'a même pas maigri! Je me permettrai de vous en présenter deux autres chez lesquels j'ai pratiqué une série de 15 injections de 14 centigrammes. L'un d'eux a reçu sa 15^e injection lundi dernier. Je vous présenterai également un cinquième malade qui est à sa 7^e injection de la seconde cure. La première a été de 15 injections de 14 centigrammes, après laquelle je lui ai donné 2 mois et demi de repos. Sa seconde cure comprend quelques piqûres de 10 centigrammes entre celles de 14 centigrammes, à cause d'un léger accès de grippe. Chez ces 5 malades, que je vous prierai de me faire l'honneur d'examiner, la syphilis reste muette.

Le premier repos que j'avais fixé au début à 2 mois, je crois pou-

voir l'étendre à 2 mois et demi ou 3 mois. La seconde série est de 10 piqûres et le repos de 3 mois. Les séries suivantes pourront être de 8 piqûres avec repos de 3 mois et utilisation de 10 à 12 centigrammes, mais seulement pendant les troisième et quatrième années.

Ce traitement est peut-être un peu moins intensif que celui indiqué dans mon premier schéma de 1904, en ce sens que les périodes de repos sont un peu augmentées et que je ne dépasse plus le chiffre de 15 injections pour la première série.

J'ai continué jusqu'ici à traiter mes malades pendant 4 ans; mais toute mon attention se porte sur le fait de savoir si, chez les malades traités ainsi d'une manière intensive dès l'apparition du chancre, il n'est pas permis de réduire à 2 ans la durée du traitement; mais, et j'insiste sur ce point, chez ceux-là seulement qui ont été soignés ainsi intensivement dès le début. Toutefois j'avoue ne posséder encore sur ce point qu'une expérience trop restreinte pour insister davantage actuellement.

Si cette espérance se réalise, ce sera encore un avantage incontestable du traitement intensif. Je n'oserais cependant pas encore adopter cette ligne de conduite pour les malades dont le traitement n'a commencé qu'à la période secondaire, et chez ceux-là je suis fidèlement pendant 4 ans le traitement chronique et intermittent si magistralement établi par M. le professeur Fournier.

J'ai trouvé beaucoup d'incrédules sur la possibilité de faire 15 injections de 14 centigrammes de Hg chaque à un malade sans l'intoxiquer profondément, et ici même à cette tribune M. le professeur Hallopeau vous a manifesté ses craintes et son étonnement. Je crois cependant pouvoir dire, avec tout le respect et la déférence que je dois à un maître, que ces craintes sont exagérées et ne se réalisent pas avec une pratique éclairée de la méthode. J'espère que les 5 malades que j'aurai l'honneur de vous montrer constitueront déjà pour vous un commencement de preuve. J'ai présenté dans plusieurs sociétés belges des séries de malades ayant subi ce traitement et qui ne présentaient aucun signe d'intoxication et pas trace de stomatite mercurielle.

On a dit aussi que la toxicité n'était point la mesure de la nocivité d'une substance médicamenteuse et que le protoplasme cellulaire pouvait subir des altérations sans trouble apparent dans la santé. Je conçois mal un organe altéré dans sa structure intime et continuant à fonctionner normalement, et comme la pratique du traitement intensif implique nécessairement l'observation constante et minutieuse du fonctionnement intime des organes, les signes observés avertiront des moindres troubles histo-chimiques qui pourraient venir altérer le protoplasme cellulaire et indiqueront ou de suspendre ou de diminuer la dose injectée. En surveillant aussi très attentivement les urines, je n'ai pas eu un seul cas de néphrite grave à enregistrer.

D'ailleurs, en administrant ainsi dès le début une série de 15 injections, j'évite une autre intoxication, qui celle-là est certaine, l'intoxication syphilitique dont les conséquences peuvent être très graves, non seulement pour le présent, mais encore pour l'avenir. Cette intoxication syphilitique se manifeste chez certains sujets par un amaigrissement quelquefois considérable et par des troubles indiquant des lésions organiques certainement plus sérieuses que celles que pourrait engendrer un traitement intensif, même trop énergiquement mené.

Mais, et je le répète encore à dessein, il ne faut jamais oublier que ce traitement n'est pas fait pour tous les syphilitiques et qu'il exige de la part du médecin un examen attentif et une surveillance toujours en éveil, afin d'arrêter la cure à la moindre alerte.

Si je me suis définitivement arrêté à n'utiliser pour le traitement abortif que les injections insolubles et particulièrement l'huile grise, c'est que mon expérience m'a prouvé que seule dans la pratique elle possède les qualités nécessaires à la réussite du traitement. Mais certainement, quoiqu'avec certains aléas, je crois que l'on peut arriver au même but avec les frictions et les injections solubles, si l'on trouve des malades assez patients et assez dociles pour se soumettre à un traitement qui devient dans ces conditions un véritable esclavage. Quant à la méthode des pilules, je crois qu'il est presque impossible de réaliser par elle le traitement abortif et que toute réussite ne pourrait constituer qu'un hasard fortuit.

Tout en reconnaissant au calomel toutes ses vertus héroïques et en constatant que les sujets qui le supportent sont plus nombreux que l'on ne semble le croire, je ne crois pas qu'il puisse constituer un agent usuel de traitement de fond de la syphilis, car trop souvent il est douloureux.

Il faut que l'agent dont nous voulons nous servir soit facilement accepté par le malade, et je crois qu'à tous les points de vue, sécurité, tolérance, énergie, rapidité même, l'huile grise réalise ce que nous avons de mieux.

L'huile grise est à coup sûr la préparation de choix lorsqu'il faut traiter activement un malade chez lequel le diagnostic de chancre est porté dès le début; et cette opinion rallie de jour en jour un nombre plus considérable de syphiligraphes. MM. Neisser, Brocq, Thibierge, Barthélemy, Queyrat, Emery, Bodin, Leredde, Lévy-Bing et d'autres ont fait connaître les heureux résultats que leur donne cette méthode qui vient d'être définitivement consacrée par le chef de la syphiligraphie moderne, M. le professeur Fournier.

En Belgique, les injections d'huile grise ont pris une grande extension depuis 3 ans et commencent à compter de nombreux adeptes. Le professeur Lenger et le Dr Ledoux les ont introduites dans les hôpitaux de Liège, le professeur Capart les utilise dans son service de

laryngologie à Bruxelles; les D^{rs} Dubois-Havenith et Behaeghel les emploient dans le service syphiligraphique de la polyclinique de Bruxelles; le D^r Asselberghs les pratique dans son dispensaire du Calvaire; elles viennent d'être introduites par le D^r Glibert dans le service sanitaire de l'armée; ensuite un grand nombre de praticiens belges les ont adoptées dans leur clientèle.

Pour ne pas m'écarter du terrain clinique, je n'aborderai pas les considérations théoriques qui ont fait regarder l'huile grise comme un agent à action lente et peu énergique. Je me rapproche à peu près de l'opinion du regretté maître Barthélemy qui tendait à assimiler l'énergie de l'huile grise à celle du calomel. Que l'on essaie de démontrer que dans la question de l'huile grise, il ne saurait être question de molécule complexe, ni de groupements ioniques, que la simplicité de la formule de l'huile grise ne se prête pas aux réactions physico-chimiques qui constituent l'utilisation du Hg. dans l'économie, que les molécules simples sont plus stables et entrent moins facilement en réaction, je ne puis reconnaître, comme Bodin, malgré ces arguments très scientifiques, que cela soit conforme à ce que l'on observe en clinique. J'ai constaté au contraire que sous l'action de l'huile grise à la dose de 14 centigrammes de Hg. les syphilides psoriasiformes plantaires et palmaires rétrocédaient rapidement, que des hémiplegies étaient promptement améliorées, que les lésions oculaires s'amendaient étonnamment, et que les glossites syphilitiques si rebelles se résorbaient avec une promptitude voisine de l'action du calomel.

On a cherché une preuve de cette action lente dans la stomatite tardive quelquefois observée. Il ne faut attribuer celle-ci qu'à des dépôts de mercure encapsulés dans des nodules dus à des fautes de technique et se résorbant tardivement.

Cette efficacité réelle et même rapide de l'huile grise ressortit donc pour moi à l'observation clinique, la base la plus certaine d'appréciation.

L'objection d'une intoxication possible de l'organisme par une résorption trop rapide du mercure est une de celles qui semblent les plus sérieuses. En pratique, cependant, comme l'a démontré le rapporteur, cet argument se réduit à bien peu de chose. Tous ceux qui manient le plus fréquemment l'huile grise sont unanimes à reconnaître qu'ils ne rencontrent pas ces grands cas d'intoxication, et s'il m'est permis de citer ma pratique personnelle, je dirai que sur plus de 9 000 injections d'huile grise dont beaucoup à 14 centigrammes de Hg., je n'ai pas rencontré, non pas un accident grave, mais pas même un accident sérieux. Lorsque j'ai dépisté quelques signes d'intolérance, il m'a toujours suffi d'arrêter le traitement pour voir disparaître rapidement ces manifestations; car elles ont toujours été reconnues au début.

Que faut-il penser alors de ces cas mortels qui ont été publiés? Que

ce n'est nullement à la méthode que ces accidents sont imputables, mais à des lapsus médicaux, comme a dit Eudlitz, et que ces cas, qui n'apparaissent pas dans la pratique des spécialistes, disparaîtront complètement à mesure que les médecins se donneront la peine d'examiner et de surveiller leurs malades, qu'ils voudront bien s'astreindre à apprendre la technique avant de pratiquer les injections d'huile grise et à régler exactement les doses en observant scrupuleusement les contre-indications. Comme l'a dit Jullien, nos armes modernes sont des armes de précision qu'il faut apprendre à manier, et celui qui ne veut pas se donner cette peine fait beaucoup mieux de ne jamais y recourir et de rester aux méthodes anciennes.

Dans une discussion récente sur les injections d'huile grise, qui a eu lieu à la Société médico-chirurgicale du Brabant, pas un accident vraiment grave n'a pu être rapporté. Au contraire, presque tous les orateurs ont été d'accord pour reconnaître la valeur et même la supériorité de la méthode des injections d'huile grise dans le traitement usuel de la syphilis.

Alors qu'en 1904 la méthode avait été vivement combattue à la Société belge de dermatologie, M. Dubois-Havenith a déclaré récemment dans la discussion d'un de mes rapports qu'il accordait actuellement toute sa confiance à la méthode, et qu'il regrettait même de ne pouvoir employer les injections d'huile grise dans tous les cas indistinctement.

Comme toute méthode maniant un toxique, les injections d'huile grise ont leurs inconvénients, mais ils ne sont certainement pas plus nombreux que ceux des autres procédés, tandis que les résultats en sont notablement supérieurs.

La douleur, lorsqu'elle existe, est généralement très supportable. Mais elle est certainement très variable suivant l'habileté de l'opérateur et sa connaissance exacte des endroits à injecter. Milian a dit avec raison : c'est surtout la technique qui doit être indolore; et c'est là une vérité dont devraient être persuadés bien des médecins qui font maladroitement des injections douloureuses.

Quant aux accidents locaux, je puis dire qu'ils n'existent pas; tout au plus quelques rarissimes nodules. Il y a cependant quelques sujets, des femmes surtout, dont le muscle, petit et grêle, ne supporte pas l'injection.

Quant aux inconvénients d'ordre plus général : anorexie, dyspnée, douleur intercostale et rétro-sternale, ils ont été bien décrits par Émery; mais je les rencontre bien rarement.

L'albumine apparaît passagèrement chez environ 7 à 8 p. 100 des malades et ne tarde pas à disparaître après la cure. On a cité le chiffre de 10 p. 100 après la cure par les frictions. Dans 2 cas seulement l'albuminurie a persisté pendant cinq à six mois, mais jamais je

n'ai eu d'accidents sérieux et permanents du côté du rein. J'attache une grande importance aux 2 litres de lait que j'ordonne journellement à mes malades.

Lorsqu'on se rend compte de la négligence que les médecins mettent en général à examiner et à surveiller la bouche des malades, l'on est étonné qu'il n'y ait pas davantage de stomatites. Celle-ci ne doit pas survenir, pas plus avec les doses moyennes qu'avec la dose intensive de 14 centigrammes, et je vous prie de bien vouloir examiner la bouche des 5 malades que je vous présenterai, qui ont tous reçus 15 injections de 14 centigrammes, et un même 20 centigrammes. La fréquence de la stomatite est moins proportionnelle à la quantité de mercure qu'à la somme de soins que l'on donne à la cavité buccale pour la purge de ses nids microbiens.

Malgré mes hautes doses, la stomatite est une chose tout à fait exceptionnelle à ma clinique. Il est vrai que je ne néglige rien pour faire comprendre au malade la nécessité de cette hygiène de la bouche ; je les préviens de ce qui peut leur arriver. Un service de dentisterie fonctionne tous les jours à ma clinique, de sorte qu'avant chaque piqûre la bouche du malade est examinée. J'exige un rinçage de la bouche toutes les heures au chlorate de potasse, trois brossages des dents par jour avec une brosse dure et des badigeonnages des gencives, immédiatement après, avec un mélange de teinture de myrrhe et de ratanhia, ou d'acide chromique à 5 p. 100. C'est le brossage mécanique qui réalise le mieux la propreté de la bouche.

Je remets aussi à chaque malade un imprimé résumant ces indications.

Quant au régime, je supprime absolument le tabac et l'alcool sous toutes ses formes et je recommande de prendre par jour 2 litres de lait en boisson. Chez les sujets à intestins sensibles je préviens les troubles en administrant préventivement le salicylate de bismuth additionné d'extrait thébaïque.

Je crois qu'en règle générale la région la plus favorable pour les injections est la région déterminée par Lévy-Bing, ainsi que la fosse rétro-trochantérienne.

La technique des injections est remarquablement décrite dans le rapport du D^r Lafay. Je n'insisterai que sur l'importance qu'il y a à faire suivre l'injection d'huile d'une seringuée d'air, ce qui ne présente jamais d'inconvénient, et de tenir les tissus quelques instants très largement comprimés sur tout le chemin de retrait de l'aiguille. De cette façon les nodi deviennent absolument exceptionnels. Tenir le schéma des endroits injectés, pour ne pas faire les piqûres deux fois à la même place, est aussi très à conseiller. On évite ainsi, je crois, bien des inconvénients.

Les petites modifications que j'ai apportées à la seringue de Barthé-

lemy rendent la technique plus aisée, surtout en ce qui concerne l'injection éliminatrice.

Je me rallie donc pleinement aux conclusions du rapport de M. le Dr Lafay, que je me permettrai de féliciter pour sa remarquable étude sur l'huile grise et pour la perfection qu'il a su atteindre dans la préparation de ce produit.

En attendant donc que du silence des laboratoires sorte un véritable vaccin qui doive prévenir à jamais les désastres de la syphilis, notre conscience de médecins nous oblige à choisir les moyens les plus appropriés pour combattre un mal qui, semblant dormir aujourd'hui, peut se réveiller demain terrible et inexorable. Ce que deviendra une syphilis, nous ne le savons jamais. Commencée en sourdine, elle peut se terminer par un coup de foudre. Agissons donc énergiquement sur elle dès le début, alors que nous sommes maîtres de la situation. Demandons au mercure, comme a dit M. le professeur Fournier, un rendement plus complet; et nous l'obtiendrons en faisant du traitement intensif un usage avisé qui terrassera définitivement le mal et réalisera une véritable prophylaxie du terrible fléau.

Pour réaliser ce progrès, pour marcher vers cet objectif nouveau de notre thérapeutique, nous trouverons dans les injections d'huile grise, la méthode idéale de traitement de la syphilis.

Cas. I. — Gouvel..., Louis, 21 ans, se présente à ma clinique le 1^{er} mars 1905, porteur d'un chancre du prépuce caractéristique avec pléiade ganglionnaire et datant de 10 jours. Le chancre est largement excisé et la verge pansée à l'emplâtre de Vigo. Réunion par première intention. Après examen de la bouche et des urines, le traitement est commencé aussitôt.

Du 1^{er} mars 1905 au 8 juin 1905, le malade reçoit 20 injections de 14 centigr. de Hg. chaque qui sont bien supportées.

Repos de 2 mois.

Du 2 août 1905 au 26 septembre 1905, il fait une seconde cure de 8 piqûres de 14 centigrammes.

Second repos de 2 mois.

Du 21 novembre 1905 au 6 février 1906, le malade fait une troisième cure de 12 piqûres de 14 centigrammes.

Ensuite, repos de près de 4 mois.

Du 5 juin au 31 juillet 1906, le malade fait 9 piqûres de 14 centigrammes et vient habiter Paris.

Repos de 3 mois.

Du 10 novembre au 15 décembre, 6 injections à 0^{sr},07 au dispensaire spécial de Saint-Lazare où on a dit au malade qu'il était impossible que j'aie pu lui pratiquer 20 injections de 14 centigr. de Hg.

Repos de 6 semaines.

Du 29 janvier à ce jour, 3 injections. Pendant tout ce temps le malade n'a cessé de faire du sport, notamment la course pédestre qu'il n'a pas même abandonnée pendant mon premier traitement.

Actuellement le poids du malade est considérablement augmenté et la santé est excellente.

Obs. II. — M... Kots, 27 ans, peintre; pèse 70 kilos habillé. Pas de tare héréditaire, fièvre scarlatine à l'âge de 7 ans.

Le 16 juillet 1906, le malade m'est adressé par mon confrère le Dr Penant, de Bruxelles; il est porteur d'un chancre induré du prépuce caractéristique. La recherche du spirochète est faite par le Dr Gengou, à l'Institut Pasteur de Bruxelles. La sclérose date de 8 jours et est immédiatement et largement excisée. La plaie se réunit par première intention. Les ganglions sont modérément engorgés dans les deux aines, qui sont recouvertes d'emplâtre de Vigo ainsi que la verge. On constate un ganglion à la nuque et quelques-uns dans les aisselles. Ils sont restés sans modification.

Après examen de la bouche et des urines le traitement est immédiatement commencé à la dose de 14 centigrammes de Hg. avec l'huile grise à 40 p. 100 de Lafay.

Du 16 juillet au 18 octobre 1906, le malade reçoit 15 injections de 14 centigrammes; les deux premières tous les 3 jours, les deux suivantes tous les 6 jours et les autres hebdomadairement.

Sur ces 15 injections, les 4 premières ont été gênantes, douloureuses, et les 10 autres ont été complètement indolores. Le malade a continué son travail sans interruption. A la fin de la cure, l'appétit un peu diminué, mais le malade n'a pas maigri. Il ne présente pas trace de gingivite. Vingt jours après la première cure, le malade pèse 2 kilos de plus qu'au début du traitement. Il a fidèlement suivi son régime et pris deux litres de lait par jour. Il a supprimé complètement l'alcool et soigné minutieusement sa bouche.

Après un repos de 2 mois et demi, la cure est reprise le 4 janvier à la dose de 14 centigrammes pour les 2 premières piqûres. Un très léger état grippal me fait adopter la dose de 10 centigrammes pour les troisième, quatrième, cinquième et sixième piqûres. La septième injection à la dose de 14 centigrammes a été faite lundi dernier.

Depuis le début du traitement, c'est-à-dire depuis le 16 juillet 1906, aucun symptôme de roséole, ni aucune généralisation ganglionnaire ne se sont manifestés. Le malade a été tenu en observation par son médecin traitant et par moi et examiné fréquemment du côté de la peau et des muqueuses.

Localement le malade n'a pas présenté de nodule, et l'état général est excellent.

Obs. III. — M. Fel..., 28 ans, cordonnier. du poids de 78 kilos habillé, vient me trouver à la clinique le 17 juillet 1906, porteur d'un chancre caractéristique du prépuce datant de 4 semaines, qui est immédiatement excisé et dans lequel le Dr Gengou trouve le spirochète. La plaie se réunit par première intention.

On trouve quelques ganglions au cou.

Après examen de la bouche et des urines, le traitement est immédiatement commencé.

Du 17 juillet 1906 au 13 décembre 1906, le malade reçoit 15 piqûres de 14 centigrammes de Hg. chaque avec l'huile grise Lafay; les deux premières

tous les 5 jours, les deux suivantes tous les 6 jours et les autres hebdomadairement. Ces piqûres sont bien supportées; quelques-unes occasionnent un peu de raideur dans la jambe; le malade continue son métier sans inconvénient.

Actuellement, soit deux mois depuis l'interruption du traitement, le malade pèse 4 kilos de plus qu'au début de la cure.

Il est à remarquer que le traitement ayant commencé le 17 juillet 1906, soit 4 semaines après le début du chancre, le malade n'a pas présenté trace de syphilis secondaire depuis le traitement.

Obs. IV. — M..., Gustave, 26 ans, peintre, pèse 93 kilos habillé. Se présente à la clinique le 19 septembre 1906, porteur d'un chancre phagédénique de la fosse naviculaire découverte par un hypospadias. Le Dr Gengou trouve le spirochète très abondant dans les frottis. La lésion date de 1 mois.

Après examen de la bouche et des urines, le traitement est commencé le 19 septembre 1906; et à la date du 18 février, soit lundi dernier, le malade a reçu 20 injections de 14 centigrammes de Hg. chaque avec l'huile grise Lafay à 40 p. 100.

Le malade a supporté admirablement ce traitement. Il est vrai qu'il est vigoureux et l'on pourrait certainement pousser plus loin chez lui l'expérience si l'on voulait atteindre la limite de tolérance de l'organisme, ce qui est absolument inutile ici. Ni dans son état local qui ne présente pas un nodule, ni dans son état général, le malade n'a ressenti aucun inconvénient et il a continué son métier sans aucune espèce de gêne. Il faut dire qu'il a cessé le tabac et l'alcool et qu'il a bu régulièrement deux litres de lait par jour. Il a plutôt grossi que maigri pendant la cure.

Sans oser présenter ce cas comme un cas de traitement abortif puisque le traitement n'a commencé qu'à la quatrième semaine, ce malade n'a cependant pas présenté trace de syphilis secondaire depuis le début du traitement, c'est-à-dire depuis le 19 septembre 1906.

Obs. V. — Van Gys..., Louis, 28 ans, électricien, du poids de 90 kilos. Se présente à la clinique avec un chancre datant de 1 mois. La recherche du spirochète est faite par le Dr Gengou. On trouve un ganglion épitrochléen à gauche.

Du 9 octobre 1906 au 18 février 1907, soit lundi dernier, le malade a reçu 15 piqûres de 14 centigrammes de Hg. avec l'huile grise Lafay.

Sa santé est excellente, il a augmenté de 2 kilos pendant la cure. Son hygiène a été bonne. Il a abandonné l'alcool et bu deux litres de lait par jour.

Deux mots sur l'huile grise.

Par M. LOUIS JULLIEN.

Ayant travaillé de mon mieux à répandre la méthode aujourd'hui en discussion, responsabilité que quelques-uns m'attribuent et que je revendique, je tiens à venir témoigner en sa faveur.

I. — Je ne crois pas avoir une seule fois parlé des injections mas-

sives, sans insister sur la nécessité de vérifier, avant toute chose, le bon état des émonctoires et de la dentition.

Et je n'ai pas fait une injection de ce genre sans m'être acquitté de ce que je considère comme un devoir strict, non pas en me contentant d'une analyse d'urine datant de plusieurs années, même de plusieurs mois, comme on a tendance à le faire si l'on cède à la pression du malade, mais en pratiquant moi-même, et à plusieurs reprises pendant la cure, la brève recherche nécessaire.

J'estime aussi que bien souvent le premier soin doit être de diriger l'intéressé vers un dentiste expérimenté. Mieux vaut en effet ajourner la thérapeutique préférée, jusqu'à ce qu'elle soit réalisable en toute sécurité.

Aussi, sur un nombre considérable d'hospitalisées et autres, n'ai-je observé qu'un seul accident, qui fort heureusement ne fit courir aucun danger grave, et se termina par la guérison. Une vénérienne sortie de Saint-Lazare, après 3 injections de 5 centigrammes métal, fut reçue peu après à Lourcine, dans le service de M. Brocq, qui voulut bien m'en prévenir et m'inviter à venir la voir. Elle avait surtout de la glossite; la langue très gonflée ne tenait plus dans la bouche. Cette femme était une grande nerveuse, une de ces hystéro-épileptiques chez lesquelles les actions physiologiques peuvent subir de réelles perturbations. Je m'abstiens depuis ce jour d'injections massives, quand j'ai connaissance de pareils antécédents, que je considère comme une formelle contre-indication.

II. — L'huile grise fait-elle courir quelque chance particulière d'intoxication? Pas plus que les autres préparations hydrargyriques. Mais, ne l'oublions pas, c'est un poison que nous manions, que nous faisons pénétrer dans le courant sanguin, et nous ne devons le faire qu'avec une précision mathématique, c'est-à-dire en usant de doses très exactement mesurées.

Une pratique hasardée, et qui se départit de ces précautions essentielles, conduit vite à l'excès, et étant donné le mode d'administration employé, l'excès devient bien vite le danger.

Je n'ai jamais eu l'occasion d'observer l'entérite, ni la néphrite, ni aucune intoxication générale analogue aux trop nombreuses catastrophes relatées dans les feuilles médicales.

Pour ce qui est de la gingivite, je n'hésite pas à dire que les exemples de salivations courantes, jadis si communs chez les sujets soumis au traitement pilulaire, ne se voient pas dans la clientèle des médecins injecteurs. La raison en est peut-être dans ce fait, que nous voyons beaucoup plus souvent nos malades. A chaque nouvelle piqûre nous les examinons, et nous sommes attentifs pour supprimer ou retarder l'intervention au moindre signe d'alarme.

Nos devanciers, au contraire, quand ils avaient prescrit pour des mois quelques centaines de pilules, risquaient de constater un mal déjà fait, et toujours difficilement réparable. La gencive, excellente au moment de l'examen, s'altérait presque toujours à leur insu et malgré leurs recommandations, par l'ignorance et la négligence du patient.

En revanche, j'ai eu à traiter deux cas d'abominables stomatites survenues au cours de soins donnés par des confrères.

Un sexagénaire m'appela un matin en hâte pour une complication dont je ne connais pas d'autre exemple. Il s'agissait d'une grave hémorrhagie, ayant atteint rapidement un degré effrayant pour l'entourage. La gencive était largement décollée du maxillaire, et l'on voyait un jet saccadé de sang rutilant, fourni par une artériole dont je dus me rendre maître.

J'en conclus que l'inflammation et l'infection de la muqueuse buccale, lorsqu'on les laisse à la légère se développer à la suite d'injections huileuses inopportunes, trop intenses ou trop multipliées, caractérisent une des formes les plus redoutables de la maladie. Inconvénient sérieux, dira-t-on, et je serais parfaitement de cet avis, s'il n'était facile de l'éviter au prix de précautions élémentaires.

III. — Le médicament est actif et d'un emploi commode tant pour le médecin que pour le malade. Pas de troubles digestifs comme avec les pilules, pas de temps perdu, pas de linge taché, comme avec les frictions, et, par-dessus tout, certitude absolue des doses employées, et ne risquant jamais d'être dépassées par la fantaisie d'un malade laissé à lui-même.

Je rejette tout exclusivisme, et suis loin de prétendre que l'huile grise convienne toujours mieux que toute autre drogue. C'est affaire d'appréciation, et d'indications à bien peser pour chaque éventualité. L'arsenal de la spécialité est assez riche pour fournir les ressources les plus variées.

Dans les cas moyens ordinaires, pour entretenir un traitement, de raison plutôt que de nécessité, quelle arme précieuse n'avons-nous pas entre les mains avec l'huile grise ? C'est le roi des médicaments, a dit mon ami Monel, parole que j'aime à répéter. La cure entière des premières années tient en quelques flacons. Six piqûres au plus, 4 au moins, à intervalles variés de 5 à 8 jours, chaque piqûre faisant pénétrer de 5 à 10 centigrammes de métal, plus même s'il en est besoin, graduée suivant la gravité du cas et le poids du corps, suffisent à dissiper ou à prévenir tout accident.

On remarque vite que la plupart des manifestations sont ainsi supprimées, et que la face de la maladie est du tout au tout modifiée par un ensemble de pratiques très facilement applicables.

IV. — Bien que, en ce qui concerne l'avortion, je sois jusqu'ici resté fidèle au calomel, j'admire les beaux succès obtenus par mon ami Duhot, et les notables perfectionnements apportés au contrôle des résultats.

Il a vivifié, rénové, modernisé la méthode en se faisant avec une ardeur décisive le champion de ma doctrine si dédaignée. Je tiens à l'en remercier, et à le féliciter de son ardente campagne.

Pourquoi donc entendons-nous répéter l'anathème rétrograde et stérile contre la pratique de Lang, devenue si vite populaire ? Les observations à cataclysme n'effrayent plus personne. La généralité des médecins fera comme pour les injections de calomel, dont le succès grandissait à mesure qu'on les foudroyait plus implacablement. Maintenant qu'on a essayé de ces moyens aussi puissants qu'innocents, on ne s'en déshabituera pas, et le mieux qu'il y ait à faire, est, comme nous en avons pris l'habitude à Saint-Lazare, de compléter sur ce point l'éducation de nos confrères, de leur apprendre au juste la posologie des mélanges, le lieu propice pour la piqûre, les précautions d'asepsie dont elle doit être entourée et surtout ses contre-indications.

Nous souhaitons une œuvre d'enseignement, bannissant toute injuste réprobation, insistant sur les prudences nécessaires, et les motivant sans passion...

Ainsi faisant, nous consacrerons une page importante désormais liée au chapitre du traitement spécifique, et que l'on essaierait en vain de supprimer, et notre labeur sera fécond, parce qu'il sera équitable et clairvoyant.

M. EMERY — Je n'ai rien à ajouter au magistral plaidoyer de mon collègue et maître, le Dr Jullien, en faveur de l'huile grise.

Je me suis déjà suffisamment expliqué sur ses innombrables avantages et les raisons majeures pour lesquelles nous désirons lui conserver une place dans l'arsenal thérapeutique contre la syphilis, notamment dans un des derniers numéros des *Archives des maladies vénériennes*. Je me contenterai de résumer brièvement ma pensée, qui est la suivante :

L'huile grise est non seulement utile, mais indispensable en raison de son indolence, de son efficacité, de sa commodité comme traitement discret non affichant, et surtout de son innocuité parfaite. En appliquant soigneusement les mesures de prudence que préconise M. Jullien et dont je me suis fait une règle depuis longtemps, j'ai pu, pendant 10 années d'exercice, utiliser cette thérapeutique mercurielle sur la presque totalité de mes malades, sans en éprouver le moindre dommage. La surveillance étroite de la bouche des malades, la recherche préalable de l'idiosyncrasie par les sels solubles, la vérification méticuleuse de l'intégrité des émonctoires, la recherche des doses exactes appropriées au poids du malade, à sa vigueur physiologique, proportionnées à la longueur du traitement et à l'intensité des accidents à combattre ont éloigné de ma pratique les accidents graves rappelés dernièrement dans de retentissantes communications et dont la cause me paraît facile à relever.

Je signalerai toutefois un accident presque inévitable, mais présentant peu de danger, que j'ai décrit un des premiers dans mon petit livre sur le Traitement de la Syphilis et sur lequel on est revenu depuis en le baptisant de noms divers dont le plus approprié me paraît être celui de *grippe mercurielle*. Cet accident, caractérisé par un état fébrile avec céphalée intense, état saburral prononcé, courbature générale du thorax, gêne douloureuse des mouvements respiratoires, point angoissant rétro-sternal, etc., me paraît imputable à l'introduction, toujours possible, de l'injection dans une veine malgré les précautions opératoires habituelles.

En aucun cas je n'ai vu ces accidents dépasser la durée de deux ou trois jours; le contraste entre leur bénignité réelle et leur apparition dramatique est frappant et l'on ne saurait tirer d'accidents aussi dépourvus d'importance contre la méthode elle-même.

Cette innocuité de la méthode des injections d'huile grise est, on peut l'affirmer, une opinion quasi-générale chez tous les spécialistes qui en ont fait depuis longtemps un usage courant. Quelques accidents graves n'ont guère été signalés que depuis le jour, encore assez récent, où cette méthode a pénétré dans le grand public médical après avoir été l'apanage exclusif des spécialistes. Sans avoir enregistré dans mon entourage d'accident mortel imputable à l'administration d'huile grise, j'ai pu constater à différentes reprises des accidents graves. Une enquête minutieuse à laquelle je me suis livré m'a toujours permis de conclure formellement à de grossières erreurs d'administration. On pourrait pour ainsi dire classer les fautes commises sous trois chefs différents ou plutôt les imputer à trois sortes d'ignorance :

Ignorance des conditions relatives aux malades ;

Ignorance de la technique opératoire ;

Et surtout ignorance de la posologie, comme le proclame le Dr Jullien.

Je pense que rien ne serait plus facile que de remédier par l'enseignement et les démonstrations aux deux premières. Les recommandations édictées, concernant le triage des malades susceptibles de bénéficier de la méthode, sont faciles à retenir. La technique opératoire s'apprend en 5 minutes.

Mais en est-il de même en ce qui concerne la posologie du médicament ? C'est là une question complexe sur laquelle je ne veux pas insister, me proposant d'y revenir dans la prochaine séance.

Il est cependant de grosses erreurs que je ne puis passer sous silence. Trop de médecins ignorent encore ce point capital que l'huile grise est un médicament actif, concentré, qui se doit employer à petites doses, sous un petit volume. Je parle, bien entendu, des préparations habituelles, de celles qui sortent des officines les plus achalandées à ce sujet, c'est-à-dire des huiles grises dites à 40 p. 100, à 16 p. 100, etc. Par suite de cette fâcheuse ignorance, certains praticiens se servent de l'huile grise comme ils se servent d'autres préparations mercurielles comme le calomel ou les sels solubles. Ces dernières préparations étant généralement dosées de telle façon qu'un centimètre cube constitue la dose hebdomadaire ou quotidienne, le médecin croit qu'il en est de même de l'huile grise et, par analogie, prend comme unité d'administration le centimètre cube. Il n'hésite donc pas, j'en ai été témoin, à injecter un centimètre cube d'huile grise à 40 p. 100 une fois et même, je l'ai vu, deux fois par semaine.

Il y a là un grand danger auquel il importe de remédier au plus tôt, contre lequel il faut mettre en garde le praticien. Je voudrais donc que nous émettions le vœu que tous les pharmaciens détenteurs de ce médicament prennent une précaution qui serait d'un grand secours pour les médecins non avertis. Cette précaution consisterait, comme certains l'ont déjà fait, à envelopper leurs flacons dans une petite notice, indiquant suivant le titrage de l'huile grise quelle est la dose maxima à injecter. On pourrait plus simplement encore l'imprimer sur l'étiquette même du flacon. Et cette dose maxima, il faudrait, à mon avis, l'indiquer en volume, en fractions de centimètre cube. La seringue de Pravaz d'un centimètre cube est en effet communément employée par les médecins et l'on ne saurait exiger du praticien, pour la pratique de ces injections, l'emploi d'une instrumentation spéciale et quelquefois coûteuse. Il faut donc lui apprendre que, suivant le titrage de l'huile grise, il peut en injecter comme dose maxima, un quart, un demi ou un centimètre cube.

M. BALZER. — Je tiens à confirmer ce que dit M. Jullien au sujet des injections d'huile grise chez les hystériques ou hystéro-épileptiques. J'ai observé un homme qui était sujet à des œdèmes hystériques colossaux ; ce malade ne présentait aucune contre-indication apparente aux injections mercurielles ; cependant une seule injection de 7 centigrammes de mercure suffit à provoquer une stomatite, qui fut d'ailleurs sans gravité. Aussi j'estime qu'il faut être très prudent quand on traite des hystériques par l'huile grise et s'informer des troubles de nutrition qu'ils peuvent présenter.

M. EUDLITZ. — J'ai fait un grand nombre d'injections d'huile grise sans observer aucun accident local. Je n'injecte pas d'air comme fait M. Duhot ; mais j'attends quelques secondes avant de retirer l'aiguille. Depuis deux mois, j'injecte les doses fortes de 14 centigrammes de Hg. ; mais dans ce cas j'examine l'urine toutes les semaines. De plus, si le malade présente un trouble quelconque de la santé générale, j'interromps momentanément les injections, et, s'il y a urgence à les continuer, je diminue la dose de mercure injectée.

Note sur les injections d'huile grise.

Par M. ÉTIENNE.

Depuis 12 ans, j'ai été amené par les commodités de la méthode à employer presque exclusivement l'huile grise dans le traitement de la syphilis, mais en prenant toujours la précaution d'en faire précéder l'emploi d'une série de 3 ou 4 injections journalières d'un sel hydrargyrique soluble pour m'assurer que le malade ne présente pas une intolérance spéciale pour le Hg.

Après d'assez nombreux essais, j'ai fini par abandonner la grosse aiguille longue pour me servir seulement d'une aiguille de Pravaz de calibre ordinaire, en platine iridié, les injections dans le tissu cellulaire sous-cutané ne m'ayant pas paru en général présenter plus d'inconvénient que les autres, à condition de retirer l'aiguille sans laisser

revenir l'huile grise et de boucher l'orifice avec une goutte de collodion. On évite facilement le retour de l'huile en déterminant avec le doigt une pression sur le tissu voisin, suffisante pour empêcher ce tissu de suivre le mouvement de l'aiguille retirée, et assez peu forte pour ne pas provoquer autour de l'aiguille une expression du tissu refoulant dans le trajet de l'aiguille le liquide injecté. — J'évite toute la région fessière située au-dessous de la ligne anus-épine iliaque supérieure. Toujours j'ai pratiqué les injections en deux temps : enfonçant d'abord l'aiguille, puis remplissant la seringue d'huile grise, puis l'embouchant sur l'aiguille après m'être assuré, par un petit tampon de coton introduit dans l'embout de l'aiguille, qu'il ne vient aucune goutte de sang.

D'une façon générale, je pratique une injection hebdomadaire d'une division de la seringue Barthélemy, soit un quart, augmentant la quantité ou rapprochant les injections suivant les indications spéciales. J'ai l'habitude de faire des séries de 6 à 8 injections hebdomadaires dans les traitements de précaution ; mais en cas de lésions spécifiques, je continue le traitement jusqu'à extinction de la lésion ; j'ai pu dans un cas aller jusqu'à 30 injections de suite sans le moindre incident, mais en surveillant de près l'état des reins et du foie.

Jamais un malade ne m'a demandé l'arrêt du traitement pour un motif quelconque. Jamais je n'ai vu les injections être douloureuses au point d'empêcher la continuation d'une série ; dans la très grande majorité des cas la gêne locale n'est que légère, parfois insignifiante, même pour des cavaliers de profession, pour des bicyclistes, pour des soldats faisant leurs grandes marches d'entraînement au cours d'une période d'injections.

Localement j'ai observé assez fréquemment de petits nodules disparaissant au bout de 15 à 20 jours en général, quatre ou cinq fois seulement les pseudo-abcès sans pus par nécrose des tissus. Cet accident m'a paru se produire en général lorsqu'un nombre déjà considérable d'injections avaient été pratiquées, indiquant de la fatigue des tissus, et constituant une indication d'interrompre les injections pour un certain temps. Dans un seul cas, ces foyers de nécrose sont apparus d'emblée ; il s'agissait d'une femme de 32 ans, chez qui une syphilis ignorée depuis 12 ans avait déterminé une nécrose du vomer avec début de perforation de la voûte palatine et apparition d'une fistulette ; cet accident coïncidait avec une crise très violente et très prolongée d'entérite muco-membraneuse ayant délabré l'organisme. Devant l'intolérance absolue de l'appareil digestif pour le protoiodure et l'iodure de potassium, en face de l'état saburral de la bouche interdisant les frictions, j'eus recours aux injections d'huile grise espacées de 6 jours et aux injections d'iodipine à 25 p. 100 (3 grammes tous les 2 jours). Les trois premières injections d'huile grise se sphacélèrent ; la malade persista cependant dans le traitement, et après la 6^e injection

la guérison des lésions était obtenue, complète à la voûte palatine qui avait été très fortement influencée dès la 1^{re} injection, et avec élimination de petits séquestres du vomer. Il me parut hors de doute que le délabrement de l'état général avait été le motif de l'intolérance locale des tissus.

Dans certains cas d'intolérance locale relative des tissus et de sensibilité de l'appareil digestif pour le traitement interne, je suis parvenu à traiter les malades en combinant les injections et les pilules de protoiodure, par exemple, alternativement par huitaine.

Deux fois seulement j'ai vu se produire une réaction à distance de l'injection : chez un malade, ancien syphilitique, chez qui l'injection s'accompagna de sensibilité de l'intestin, apparaissant vers la 3^e ou la 4^e injection, mais n'empêchant jamais la continuation. — Chez un deuxième malade, je constatai une stomatite légère après la 3^e injection, mais coïncidant avec l'apparition d'une grippe s'accompagnant d'état saburral des voies digestives ; une suspension du traitement pendant 8 jours remit tout en état. C'est le *seul cas de stomatite* que j'observai ; mais naturellement mes malades sont strictement soumis aux gargarismes chloratés répétés et à l'emploi d'un traitement dentifrice à base de chlorate.

Lorsque le traitement par l'huile grise put être appliqué dès le début du chancre, sous forme de traitement d'assaut, je n'ai, dans un grand nombre de cas, plus eu un seul accident spécifique après l'éruption roséolique ; chez un malade atteint d'un chancre *incontestable* et traité dès le 7^e ou 8^e jour du chancre, je n'ai pu observer aucune trace de roséole ni d'accident ultérieur. Lorsque le traitement a pu être très précoce, la durée du chancre m'a paru parfois nettement écourtée. Chez la grande majorité de mes malades précocement traités les accidents spécifiques se sont réduits, après la première éruption papuleuse généralisée, à 4 ou 5 plaques muqueuses de la bouche disséminées dans la première année. Chez eux j'en'ai pas vu un seul cas de tertiarisme ; une seule fois une périonyxis. Par contre, un traitement intense dès le début du chancre n'a pu empêcher un malade infecté à 54 ans de devenir paralytique général à 59 ans, après avoir eu une hémiplegie par artérite spécifique à 36 ans.

Dans un cas de syphilis maligne précoce, avec éruption diffuse d'ecthyma dans le 4^e mois de la syphilis, après échec complet du protoiodure et des frictions, la première injection d'huile grise amena une amélioration frappante, et le malade était complètement nettoyé après la quatrième. Soumis aux traitements périodiques, il n'a plus présenté aucun autre accident depuis 4 ans.

En résumé, le traitement par l'huile grise me paraît le traitement de choix de la syphilis, se prêtant par la variation dans les doses et par l'espacement des injections, au traitement de la plupart des cas

particuliers. Ces avantages permettent la continuation systématique du traitement hydrargyrique pendant de nombreuses années. Son innocuité me paraît complète, à part certains cas l'intolérance locale, rares, et apparaissant très exceptionnellement d'emblée. Il est l'idéal comme traitement hospitalier, évitant toute fraude, et présentant une remarquable commodité et une grande économie pour traiter les malades externes; pour ce motif il devrait constituer le traitement de choix à imposer périodiquement dans les dispensaires aux prostituées syphilitiques sans accidents actuels.

Considérations sur l'emploi de l'huile grise dans le traitement de la syphilis.

Par M. Alex. RENAULT.

Laissez-moi d'abord vous dire, Messieurs, que je n'ai nullement l'intention de prononcer un réquisitoire violent contre l'emploi de l'huile grise dans le traitement de la syphilis. J'aurais d'ailleurs mauvaise grâce à en agir ainsi, puisque j'emploie, à l'occasion, ce mode de mercuration dans mon service. Je n'ignore pas en outre que plusieurs de nos collègues, et non des moindres, attribuent à ce traitement une supériorité qui leur semble indiscutable. Aussi me bornerai-je, dans les considérations suivantes, à essayer de vous prouver que ce jugement est excessif et que les difficultés d'application de la méthode, jointes à ses effets restreints, doivent en limiter l'emploi à des indications bien déterminées.

J'étaierai ma démonstration sur trois ordres d'arguments : arguments d'ordre pharmaceutique, d'ordre technique et enfin d'ordre clinique.

1° Arguments d'ordre pharmaceutique. — Vous savez que l'huile grise n'a point été jusqu'ici une préparation officinale et que la teneur en mercure de ce produit, délivré par les pharmaciens, varie dans des proportions énormes, beaucoup de médecins ne prenant pas la précaution d'indiquer sur leurs ordonnances le pourcentage en hydrargyre du mélange qu'ils désirent injecter.

Dans un excellent travail, que nous avons pu tous lire, notre très distingué collègue M. le Dr Lafay, nous a appris que la quantité de mercure variait de 11 à 50 p. 100, en passant par les chiffres de 16, 20, 33.

Ces jours derniers, mon ancien interne, M. le Dr Salmon, qui s'intéresse beaucoup au traitement de la syphilis par l'huile grise, me confirmait cette assertion. Il a eu la curiosité de s'adresser à divers pharmaciens et a pu se rendre compte que le médicament délivré contenait des proportions de mercure très différentes les unes des autres.

Aujourd'hui, l'accord est fait entre les spécialistes sur la préparation

qui semble le mieux tolérée. Celle à 40 p. 100 a été définitivement adoptée. Il serait donc nécessaire que les médecins n'en prescrivissent pas d'autres et surtout prissent le soin de l'indiquer sur leurs ordonnances.

Mais là ne gît pas la principale difficulté. Celle-ci réside dans le mode de préparation de l'huile grise. Ainsi M. Lafay nous apprend encore que les pharmaciens, toujours à la recherche d'une préparation homogène permettant d'éviter la précipitation du mercure, ont utilisé tour à tour l'huile d'olives, la vaseline, l'huile de vaseline, la lanoline, l'onguent napolitain, tantôt isolés, tantôt associés.

Récemment, notre collègue avait proposé une formule, qui paraissait excellente.

Permettez-moi de vous la rappeler :

Mercure purifié.....	40 grammes.
Lanoline anhydre pure stérilisée.....	12 —
Vaseline.....	13 —
Huile de vaseline médicinalement stérilisée.....	35 —

Dans cette préparation, l'huile grise a une consistance butyreuse. Il faut donc la tiédir pour l'utiliser. En général la chaleur de la main, pourvu que l'application de celle-ci ait une durée suffisante, suffit pour la fluidifier. Mais supposez un praticien pressé, exposant le mélange à une température trop élevée, celui-ci cessera d'être homogène et une notable proportion du mercure tombera au fond du flacon.

A l'avant-dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, notre excellent collègue et ami, M. Queyrat, a montré que, dans un flacon d'huile grise formule Lafay, le mercure, après immersion de la préparation, pendant 5 minutes, dans l'eau à 50°, se divise en trois zones : l'une, supérieure, renfermant 18 p. 100 de Hg.; la seconde, moyenne, 32,5 p. 100; enfin la troisième, inférieure, 65 p. 100.

On conçoit que le contenu d'une seringue, remplie dans des conditions si différentes, puisse produire les effets les plus variables, tantôt insuffisants, tantôt au contraire susceptibles d'être toxiques.

Aussi M. Queyrat a-t-il proposé une nouvelle formule, destinée à éviter de si graves inconvénients.

Cette formule résulte encore des recherches persévérantes de M. Lafay ; la voici :

Mercure purifié.....	40 grammes.
Lanoline anhydre pure stérilisée.....	13 gr,50.
Oléo-naphtine.....	46 gr,50.

L'oléo-naphtine est une huile de vaseline pure, ayant toujours la même densité.

Cette huile grise aurait l'avantage d'être parfaitement homogène et

fluide à $+15^{\circ}$. Il suffit de l'agiter pour augmenter sa liquéfaction et répartir également le mercure. En outre, elle serait très bien tolérée par les malades et ne causerait aucune douleur.

De son côté, M. Duret, l'auteur du baume qui porte son nom, préconise une huile grise, dont la palmitine, corps gras neutre, constitue l'excipient. Ce corps serait soluble dans l'organisme, puisqu'il existe dans la graisse humaine, et serait ainsi entraîné dans le torrent circulatoire.

J'ajoute qu'il y aurait intérêt à ce que des ampoules de diverses contenances fussent préparées, renfermant exactement la dose que l'on désire injecter.

La chose existe déjà et je vous demande la permission de faire passer sous vos yeux plusieurs ampoules, que m'a confiées le Dr Salmon. Les ampoules, de la contenance chacune de 1 centimètre cube, renferment des quantités de mercure différentes : 5, 8, 50 centigrammes.

L'une d'elles semble très pratique, en ce qu'elle est munie, à l'intérieur, d'une petite boule de verre qui permet par l'agitation un mélange plus intime.

Je souhaiterais que ce système se généralisât. Le dosage exact du médicament serait ainsi facilité et nos confrères pourraient se servir de la vulgaire seringue de Pravaz qui se trouve entre les mains de chacun de nous.

En résumé, nous assistons dans le domaine pharmaceutique à un travail de perfectionnement, qui n'est pas encore terminé et doit retentir notre hâte de vulgarisation de l'huile grise en tant que traitement fondamental de la syphilis.

2° Arguments d'ordre technique. — Les partisans de l'huile grise nous disent que les désastres relevés à son actif, et en particulier les cas de mort dont elle s'est rendue coupable, ne doivent être imputés qu'à des imprudences inexcusables ou plutôt à des fautes opératoires, qu'une technique éclairée permet désormais de prévenir.

Je tiens précisément à insister sur les difficultés de cette technique, sur les multiples détails dont elle exige l'accomplissement, si l'on veut avec certitude se mettre à l'abri des accidents. Ces détails, je les ai déjà indiqués à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 16 novembre 1906, à l'occasion de la discussion qui eut lieu à la suite de la communication de M. Letulle sur un cas de mort consécutive à des injections d'huile grise. Je vous demande la permission de vous les rappeler.

Il faut d'abord un outillage spécial, la seringue de Barthélemy, qui est calibrée de telle façon que chaque division répond à 1 centigramme de mercure métallique. Or cet instrument a l'inconvénient d'être cher. La plupart des médecins ne possèdent que la seringue de Pravaz, qui ne permet pas le dosage exact de l'huile grise ; elle ne tient pas compte

en effet de la déperdition mercurielle causée par l'arrêt de l'huile dans l'aiguille. Or la perte, de ce fait, est assez considérable; elle a été évaluée à 15 milligrammes de mercure pour une aiguille de 5 centimètres et à 20 milligrammes quand l'aiguille atteint une longueur de 7 centimètres. La seringue de Barthélemy est conditionnée de telle façon qu'elle seule est capable d'éviter ces erreurs.

Avant de s'en servir, faut-il encore s'assurer que l'aiguille ne présente sur son trajet aucune fissure.

S'il en était autrement, pendant l'injection, une petite quantité d'huile pourrait pénétrer dans le tissu cellulaire et être la cause de nodi et d'abcès.

Je suppose que vous ayez en mains la seringue de Barthélemy et une aiguille parfaite, il importe maintenant de repérer le point que vous devrez piquer :

Pour M. le professeur Fournier, le lieu d'élection est le tiers supérieur de la fesse. Barthélemy recommandait le milieu d'une ligne joignant le sommet du sillon interfessier à l'épine iliaque antéro-supérieure.

La zone dangereuse est celle qui répond aux vaisseaux et au nerf sciatique. Elle est constituée par une région qui s'étend à 3 centimètres au-dessus et au-dessous d'une ligne commençant à deux travers de doigt en dehors de l'épine iliaque postérieure et supérieure et aboutissant au point d'intersection du pli fessier et de l'axe médian de la face postérieure de la cuisse.

C'est dans cette région que se trouve le point d'émergence du nerf sciatique.

Votre point choisi, vous procéderez à l'asepsie de la peau à l'aide des moyens ordinaires et remplirez ensuite votre seringue.

Si l'huile est solide, il est indispensable, pour la fluidifier, de ne pas dépasser une température de 30°. Autrement, ainsi que je l'ai fait remarquer plus haut, l'émulsion serait détruite et le mercure se précipiterait. Aussi y a-t-il grand avantage à choisir l'émulsion tout récemment préparée par M. Lafay et recommandée par M. Queyrat.

Gardez-vous maintenant d'oublier que l'injection doit être faite en deux temps. On adapte d'abord la seringue vide à l'aiguille et on enfonce celle-ci profondément de haut en bas et de dehors en dedans dans le tissu musculaire.

S'il s'agit de sujets obèses, il faut avoir le soin de choisir une aiguille d'une longueur de 7 centimètres. On aspire alors, en tirant le corps de pompe, de façon à savoir si aucun vaisseau n'a été lésé. La pénétration de quelques gouttes de sang dans la seringue oblige à retirer l'aiguille et à piquer un endroit voisin. Gare à l'embolie pulmonaire et à ses conséquences désastreuses, si l'on ne prenait cette précaution.

L'injection terminée, il faut, en tendant la peau, retirer brusquement

seringue et aiguille pour éviter l'épanchement d'une minime quantité d'huile grise dans le tissu sous-cutané.

Eh bien ! malgré l'observation stricte de tous ces détails, malgré les précautions dont vous pourrez vous entourer, il y a deux accidents dont vous n'êtes pas absolument maîtres : la douleur tardive après l'injection, et la stomatite à longue échéance, stomatite parfois épouvantable, si la dose de mercure a été forte ou si la résorption du métal a été excessive, après enkystement au sein du tissu musculaire.

Aussi suis-je effrayé du traitement abortif préconisé par M. Duhot. Ce traitement consiste, vous le savez, au début de la syphilis, en 20 injections, très rapprochées les unes des autres, d'huile grise, à la dose de 14 et 15 centigrammes de Hg. chacune.

Notre distingué confrère n'aurait jamais eu d'intoxication sérieuse ; je l'en félicite sincèrement ; néanmoins je n'oserais pas l'imiter, me souvenant des 3 cas de mort à l'hôpital Saint-Louis, en 1905, cas rapportés par M. Hallopeau.

J'ajoute enfin, qu'avant de procéder à une piqure d'huile grise, le médecin a le devoir de s'enquérir de l'état général du sujet. Il ne faut pas croire que tous les syphilitiques soient aptes à recevoir des injections. Doivent en être exclus : les vieillards, les débilités et à plus forte raison les cachectiques, les artérioscléreux, les alcooliques invétérés, les goutteux, en raison de l'état de leur foie, et, pour clore cette longue liste, les albuminuriques, à moins que leur néphrite ne soit d'origine syphilitique, problème toujours difficile à résoudre. On ne saurait donc procéder avec trop de prudence.

Or, je me demande, non sans quelque raison, si la majorité de nos confrères, non spécialistes, et, par conséquent, non entraînés à ce mode de mercurialisation, prendra toutes les précautions imposées par un traitement nécessitant une technique aussi délicate et une sélection aussi particulière des malades.

3° Arguments d'ordre clinique. — Malgré la difficulté que présente la préparation de l'huile grise, malgré les précautions que nécessite son mode de pénétration dans l'organisme si l'on veut éviter le risque d'accidents graves, il y aurait lieu de passer outre si cette méthode donnait des résultats thérapeutiques indiscutablement supérieurs aux autres procédés de mercurialisation. Malheureusement, en ce qui me concerne, il n'en est rien.

Ainsi que l'a dit mon collègue Queyrat dans la séance de la Société de médecine des hôpitaux du 23 novembre 1906, le meilleur moyen de constater l'efficacité thérapeutique d'une médication hydrargyrique est de suivre attentivement les modifications d'une éruption spécifique cutanée. Il ne faut pas considérer les accidents muqueux, justiciables surtout des moyens externes et en particulier de la cautérisation.

La syphilide de choix est la forme papuleuse, dont la durée est

habituellement de 2 à 3 mois au moins, si elle ne subit l'action du mercure. La roséole au contraire, après une durée de 4 semaines en moyenne, est appelée à disparaître spontanément.

Eh bien ! récemment encore et en vue de la discussion de ce jour, j'ai revu très attentivement 6 observations, qui témoignent du peu d'efficacité de l'huile grise.

Mes 6 malades étaient atteints de syphilides érythémato-papuleuses et papuleuses confluentes. L'un d'entre eux même avait des syphilides ulcéreuses précoces. Ils se trouvaient donc dans les conditions requises.

N'obtenant que des résultats thérapeutiques médiocres, cinq fois, j'ai dû substituer aux injections d'huile grise l'injection de calomel. Trois fois celle-ci a produit des effets que je puis qualifier de merveilleux.

Parallèlement aux injections d'huile grise, j'ai étudié les modifications qui se produisent du côté du sang [sous l'influence de ce mode de mercurialisation,

Voici en quelques mots très brefs le résumé de ces 6 observations :

Obs. I. — Syphilide érythémato-papuleuse, durant depuis 15 jours.

Quatre injections d'huile grise en 25 jours : 3 à 7 centigrammes de mercure métallique ; la 4^e à 10 centigrammes.

La teneur en mercure a pu être évaluée exactement, puisque toutes mes injections ont été faites à l'aide de la seringue de Barthélemy.

Sept jours après la dernière injection et 1 mois et demi après le début de la syphilide, les taches roses de l'érythème étaient encore nettement apparentes et les papules se résorbaient très lentement.

J'ai recouru à une injection de calomel de 10 centigrammes.

Sept jours après, la syphilide érythémateuse avait disparu et partout, je puis dire, les papules étaient transformées en macules. Je n'ai pu compter en effet que 6 papules faisant encore une très légère saillie.

A noter, après la 2^e injection d'huile grise, une diarrhée intense avec douleurs.

Les recherches hématologiques ont donné des résultats contradictoires, et je n'y insiste pas.

Obs. II. — Syphilides graves naissantes : papulo-squameuses, papulo-croûteuses, ulcéreuses.

Dans l'espace de 18 jours, 4 injections d'huile grise : 2 injections à 7 centigrammes de mercure ; 2 autres à 10.

Après la 1^{re} injection, plutôt aggravation et extension de l'éruption ; ulcérations multiples.

Après la 4^e, les ulcérations commencent à se cicatriser et les papules s'aplatissent un peu.

Le nombre des globules rouges et blancs, qui, avant la 1^{re} injection, était de 2 540 000 et de 3 600, remontait après la 4^e, à 3 380 000 et 4 800. Il existait donc encore de l'anémie globulaire.

Je laisse de côté les oscillations de l'hémoglobine, dont la valeur exacte, à l'aide des moyens dont nous disposons, est très difficile à apprécier.

Ici, une injection de calomel de 10 centigrammes n'a pas modifié beaucoup les accidents, mais a porté les leucocytes au chiffre de 31 600.

Contre notre gré, le malade a voulu sortir.

Obs. III. — Depuis 1 mois, syphilide à grosses papules.

Dans l'espace de 10 jours, 2 injections d'huile grise à 10 centigrammes de Hg. chacune.

Après la 2^e injection, atténuation des papules, mais persistance de saillies encore très appréciables.

Nécessité de suspendre la médication à cause d'une stomatite.

A noter une douleur, qui a persisté 7 jours à la suite de la 1^{re} injection et qui n'avait pas encore complètement disparu, 13 jours après la seconde.

Sang normal avant et après le traitement.

Obs. IV. — Récidive de grosses papulo-croûtes du cuir chevelu. Celles-ci avaient disparu une première fois presque complètement sous l'influence de 4 injections de biiodure de 2 centigrammes par jour.

Dans l'espace de 16 jours, 3 injections d'huile grise de 10 centigrammes de mercure chacune. Les injections de biiodure n'avaient pu être continuées à cause de la douleur.

Pas de modifications appréciables de la syphilide.

En revanche, augmentation du nombre des globules rouges et des leucocytes.

Avant la 1^{re} injection d'huile grise : 3 270 000 et 4 800; après la 3^e : 4 940 000 et 10 000.

Une injection de calomel, de 10 centigrammes amène la disparition des papulo-croûtes.

A noter des douleurs dans le membre inférieur à la suite de la 2^e et de la 3^e injections d'huile grise, douleurs apparues le lendemain et 3 jours après.

La 1^{re} n'avait provoqué aucun trouble de la sensibilité.

Obs. V. — Syphilide érythémato-papuleuse à prédominance papuleuse depuis 10 jours.

Dans l'espace d'un mois, 4 injections d'huile grise de 10 centigrammes de mercure chacune.

Au bout de ce temps, disparition de l'érythème, mais persistance des papules, les unes aplaties, les autres stationnaires; ce n'est qu'une injection de calomel de 10 centigrammes, qui achève de transformer en macules à peu près toutes les papules.

Les 2 premières injections produisent une anémie globulaire et une diminution du chiffre des leucocytes. Avant le traitement : 4 340 000 et 8 400; après les 2 injections : 3 580 000 et 5 600.

Les 2 dernières relèvent les globules rouges et provoquent même une légère leucocytose : 4 520 000 et 11 200.

A noter une douleur apparaissant 2 jours après la piqûre et entravant les mouvements; les 3 autres piqûres ont été bien supportées.

Obs. VI. — Depuis 8 jours, syphilide papuleuse confluente constituée par de grosses papules.

Dans l'espace de 25 jours, 3 injections d'huile grise : 2 injections à 10 centigrammes ; la 3^e, à 14 centigrammes de mercure métallique.

Après la 3^e injection, quelques papules transformées en maculés ; toutes les autres encore très saillantes.

Il faut l'injection de calomel de 10 centigrammes pour généraliser la métamorphose maculeuse.

Pas d'anémie globulaire ; pas de leucocytose.

A la suite de la 1^{re} et de la 3^e injection, le malade a souffert ; la 1^{re} surtout a provoqué des douleurs, qui ont entravé le sommeil pendant 6 nuits.

Vous voyez que, dans tous ces cas, l'effet de l'huile grise a été précaire ou au moins bien lent.

La statistique de Stoukownenkoff, de Kieff, est encore plus significative que la mienne, puisqu'elle porte sur 53 malades. Or cet auteur conclut à l'effet curatif peu énergique des injections d'huile grise. Il ajoute même, qu'à la suite de ce moyen, les récidives sont fréquentes ; il les aurait observées dans 30 p. 100 des cas. Je n'ai pas eu l'occasion de constater le fait.

En résumé, d'après les malades que j'ai pu suivre attentivement, quand on compare, sans parti pris, les effets produits par l'huile grise et le protoiodure de mercure, je n'hésite pas à dire que l'avantage reste à ce dernier, surtout s'il est administré à la dose de 20 centigrammes par jour. Mon regretté prédécesseur Mauriac avait du reste fait déjà la même remarque.

Mais la forme pilulaire est mauvaise ; j'ai l'habitude de prescrire le protoiodure en cachets, d'après la formule suivante, qui met à l'abri du durcissement :

Protoiodure d'hydrargyre.....	5 centigrammes.
Poudre d'opium brut.....	1 ou 2 centigrammes.
Poudre de quinquina.....	Q. S.

pour remplir un petit cachet de la contenance de 15 centigrammes.

C'est le traitement de fond que j'applique aux syphilis d'intensité moyenne, et jusqu'ici je n'ai eu qu'à m'en louer.

On reproche à ce traitement de produire des troubles gastro-intestinaux et hépatiques. En réalité, ils sont très rares, quand on sait diriger la cure.

Conclusions :

Les injections d'huile grise, en tant que traitement habituel de la syphilis, ne doivent être appliquées, à mon avis, qu'à des cas restreints.

1^o Elles seront réservées aux malades dont l'estomac est intolérant ou a besoin d'être ménagé, parce que, conjointement au mercure, un autre

médicament, l'iodure de potassium par exemple, a lieu d'être administré par la voie interne.

2° Elles trouveront encore leur indication chez les sujets qui, à cause de la susceptibilité de leur peau, ou pour des raisons d'un autre ordre, ne peuvent accepter les frictions.

3° On les appliquera aux patients qui refusent les injections de mercure soluble, d'un effet plus rapide, soit parce que leurs occupations ne leur permettent pas de se rendre quotidiennement chez le médecin, soit parce qu'ils ne sont pas en état de supporter les sacrifices pécuniaires imposés par un pareil traitement.

4° L'huile grise sera enfin indiquée, lorsqu'on se trouvera en présence d'un syphilitique négligent au point de ne pas se traiter, s'il n'était mis en demeure de venir chaque semaine recevoir l'injection réclamée impérieusement par son état.

Considérations sur les injections d'huile grise.

Par M. E. FOURNIER.

En 7 années, de 1900 à 1906, j'ai fait sur 312 malades 6 446 piqûres d'huile grise.

Je ferai remarquer immédiatement que je n'ai noté ici que les malades que j'ai vus et soignés au minimum pendant plusieurs mois et auxquels j'ai fait au moins une série de 5 piqûres consécutives.

Je noterai de même que je ne parle ici que des malades soignés par moi dans mon cabinet et dont j'ai très régulièrement pris les observations. Par conséquent, je passe sous silence toutes les observations des malades que j'ai été appelé à soigner à l'hôpital, au Midi lorsque j'avais l'honneur d'être l'interne du Dr Balzer, à Saint-Louis pendant mes années d'externat, d'internat et de clinicat dans le service de mon père; et j'imagine que durant ces 5 années j'ai bien dû faire quelques milliers de piqûres d'huile grise, mais de celles-là, dont je n'ai pas pris note, je ne veux pas parler ici.

Or, sur ce total de 312 malades ayant reçu en tout 6 446 piqûres d'huile grise, j'ai noté sur 14 malades 17 accidents.

Le mot accident est bien gros, car 6 de ces accidents ne sont que des stomatites très légères ou même ne sont notés dans mes observations que comme des menaces de gingivite.

Au surplus, voici le dénombrement de ces accidents. Je les ai groupés sous les cinq chefs suivants :

Piqûres très douloureuses.

Piqûres évacuées.

Stomatites très légères.

Stomatites moyennes.

Stomatites graves.

Dans le premier groupe d'accidents — *piqûres très douloureuses* — je note un accident.

Un malade, A..., officier étranger, a reçu en 1903, 6 piqûres d'huile grise. Une de ces piqûres a été très douloureuse et a immobilisé le malade au lit pendant 3 ou 4 jours.

Je ne sais pas encore aujourd'hui le pourquoi de ces douleurs. Depuis lors j'ai fait de très nombreuses piqûres d'huile grise, en suivant la même technique, et jamais pareil accident ne s'est renouvelé.

J'ai un malade à qui j'ai fait 41 piqûres d'huile grise, un autre à qui j'en ai fait 48, un autre à qui j'en ai fait 54, un autre à qui j'en ai fait 117, et cela sans provoquer le moindre accident, sans déterminer de douleur notable, je puis l'affirmer.

Dans le second groupe — *piqûres évacuées* — je note sur 3 malades 5 piqûres évacuées.

Or, pour le dire immédiatement, il s'agit ici d'abcès aseptiques. Jamais il n'y a eu dans ces abcès de véritable pus. Toujours la matière évacuée était semblable à du chocolat, et chez deux de mes malades cette formation d'abcès, cette évacuation pour mieux dire, s'est faite sans douleur, sans réaction inflammatoire, pour ainsi dire à l'insu des malades.

J'ai eu ainsi en tout 5 piqûres évacuées chez 3 malades.

Chez une première malade, M^{me} B..., j'ai fait, en 1901, 10 piqûres d'huile grise dont 2 ont été évacuées, et évacuées, sans douleur. Depuis lors cette malade a encore reçu 52 piqûres semblables, mais sans aucun incident fâcheux.

Je noterai seulement qu'à la suite de ces deux évacuations, et cela pendant plusieurs années, ont persisté deux macules noires qui ont disparu maintenant mais qui ont dû gêner considérablement ma cliente, une très belle demi-mondaine.

Chez une seconde malade, M^{me} C..., j'ai fait, en 1901, 7 piqûres d'huile grise. Une de ces piqûres a été évacuée, mais je n'ai pas noté sur ma fiche si cette évacuation s'était ou non accompagnée de phénomènes douloureux.

Je n'ai pas eu l'occasion de faire de nouvelles piqûres à cette malade.

Chez une troisième malade, M^{me} D..., j'ai fait, en 1901, 6 piqûres d'huile grise, dont 2 ont été évacuées et sans provoquer aucun phénomène douloureux. Depuis lors cette malade a encore reçu 15 piqûres semblables — et sans accident nouveau.

De ces différents faits, j'ai tiré pour moi-même cet enseignement :

Ces 5 évacuations sont survenues après des piqûres faites en 1901, à une époque où je faisais mes piqûres beaucoup moins profondes qu'actuellement.

Je noterai aussi que ces 5 évacuations se sont produites sur 3 malades femmes, et que ces 3 femmes avaient des fesses remarquablement adipeuses. J'ai la conviction intime que ces abcès tiennent à ce fait qu'insuffisamment profondes mes piqûres ont laissé la matière injectée dans le tissu adipeux, et que non absorbées elles ont joué là le rôle de corps étrangers et déterminé un petit foyer de nécrose, plus tard évacué sous forme de bouillie chocolat.

Dans le troisième groupe — *stomatites très légères* — je note 6 accidents survenus chez 6 malades, et comme je le disais précédemment, c'est à tort que j'appelle ces stomatites « accidents », car toutes étaient si légères que deux d'entre elles sont notées dans mes observations comme de simples menaces de gingivite.

Toujours est-il qu'elles sont notées, et comme telles je crois devoir les citer.

Toutes se sont produites au cours de séries de traitement par piqûres d'huile grise — traitement ayant consisté deux fois en 8 piqûres; une fois en 12 piqûres; une fois en 13; une fois en 36; une fois en 48.

Toutes ont été extrêmement légères et mériteraient vraiment mieux le nom d'incidents que d'accidents.

Dans le quatrième groupe — *stomatites moyennes* — je note 4 accidents survenus chez 3 malades.

Sur un premier malade, M. E..., je note deux atteintes de stomatites; une première atteinte en 1900 au cours d'une série de 13 piqûres. Cette première atteinte a été surtout douloureuse. Une seconde atteinte beaucoup moins douloureuse, en 1904, au cours d'une série de 8 piqûres.

Ce malade, particulièrement sensible au mercure, a eu, d'ailleurs, une troisième atteinte de stomatite et celle-ci plus grave encore que les deux précédentes, en 1902, alors qu'il faisait une série de frictions mercurielles à doses moyennes.

Sur une seconde malade, M^{me} F..., j'ai fait, en 1900, 5 piqûres d'huile grise et 13 piqûres de calomel pour des accidents fort graves qui avaient résisté à différents autres traitements, institués pourtant dans cet hôpital, et notamment à un traitement par des injections de sels solubles, et qui guérissent complètement à la suite de ces 18 injections insolubles.

Il est vrai qu'au cours du traitement par les injections d'huile grise, la malade eut une stomatite d'intensité moyenne, pas assez grave pourtant pour que la malade voyant arriver sa guérison, ne m'ait prié de continuer tout de même mes piqûres. Ce que je ne fis qu'après guérison de la stomatite.

Mais je rappelle ce détail pour bien démontrer que cette stomatite n'était pas un accident très grave.

Enfin chez un troisième malade, M. G..., je relève une stomatite d'intensité moyenne survenue au cours d'une série de 9 piqûres d'huile grise, faites en 1900.

Depuis lors j'ai fait à ce malade 32 piqûres d'huile grise et 46 piqûres de calomel sans que pareil accident se soit renouvelé.

Dans le 3^e groupe — *stomatites graves* — je relève 1 accident survenu chez une malade.

C'est là vraiment le seul accident digne de ce nom que j'aie eu à enregistrer dans toute ma pratique d'injections d'huile grise, et l'on verra tout à l'heure que cet accident est plus imputable encore à mon imprudence qu'à la méthode elle-même.

Cet accident est survenu chez une malade qui avait, en 1903, subi une ovariectomie et chez laquelle, postérieurement, un chirurgien consulté avait parlé de la possibilité d'une hydronéphrose.

En 1906, appelé à soigner cette malade pour des accidents relevant d'une spécificité ancienne, je ne pus, pour des raisons spéciales, avoir recours ni aux frictions, ni aux pilules, ni aux injections journalières.

Je me décidai alors à faire, à des doses très minimes, des injections d'huile grise.

Je fis, en 22 jours, 5 piqûres de 2 centigrammes de mercure chacune, après m'être assuré de l'état normal des urines.

Quatorze jours après la dernière piqûre, débuta une stomatite qui dura une quarantaine de jours et qui fut intense et fort douloureuse.

Cette stomatite guérit d'ailleurs intégralement et la malade est aujourd'hui en parfait état de santé.

Faut-il, véritablement, en ce cas, incriminer la méthode? Je ne le crois pas, et aujourd'hui encore je me demande si avec des frictions ou avec toute autre méthode je n'aurais pas provoqué semblable accident.

J'imagine que si j'avais durant 20 jours injecté chaque jour 1 centigramme de biiodure, j'aurais atteint au bout de ce temps une dose de mercure supérieure à celle que contenaient mes 5 piqûres d'huile grise et que la stomatite aurait dû se produire aussi bien dans un cas que dans l'autre.

Voici, aussi scrupuleusement relevée que possible, la série d'ennuis que j'ai eus dans ma pratique médicale avec les injections d'huile grise.

En résumé, j'ai eu, avec 6446 piqûres d'huile grise, 17 accidents.

Mais pour rester dans une note équitable et avant d'établir un pourcentage, je crois que je puis éliminer de ce chiffre de 17 accidents :

1^o Les 5 piqûres évacuées, accidents qui véritablement doivent relever d'un défaut de technique et dont la méthode n'est pas responsable.

2° Je crois aussi qu'on peut éliminer les 6 stomatites très légères que j'ai observées et qui sont des accidents, des incidents que comporte toute autre méthode d'administration du mercure.

En ce cas il ne resterait donc plus à compter, pour un total de 6446 piqûres faites sur 312 malades, qu'un ensemble de 6 accidents : 1 piqûre très douloureuse, 4 stomatites moyennes et 1 stomatite grave.

Et encore dans ce groupe de 6 accidents je compte :

Une piqûre très douloureuse, genre d'accident que je ne crois pas spécial à la méthode des injections insolubles et dont j'aurais à citer au moins un cas aussi grave et aussi douloureux survenu à la suite d'une injection de sels solubles.

Je compte encore une stomatite grave dont je ne crois pas seule coupable cette méthode des injections insolubles.

Je compte encore ces deux stomatites survenues chez un malade dont la susceptibilité au mercure semble démontrée par ce fait qu'il eut une troisième stomatite, plus grave encore que les deux premières, au cours d'un traitement par frictions mercurielles.

En tout cas et pour compter aussi largement que possible et en comprenant ces derniers accidents comme résultats possibles de la dite méthode, je reste avec cet ensemble de 6 accidents pour 6446 piqûres, ce qui fait un pourcentage de 0,09 p. 100. Moins d'un accident pour 1000 piqûres.

Or est-ce là un danger que l'on puisse mettre en parallèle, que l'on puisse mettre en balance avec les bienfaits, avec les cures merveilleuses qu'on obtient avec cette méthode ?

Je voudrais pouvoir dire ici toutes les guérisons remarquables qu'ont réalisées les piqûres d'huile grise, guérisons obtenues, au moins pour certaines d'entre elles, après échec des autres méthodes et notamment après échec de la méthode des sels solubles.

Qu'on me permette seulement de rappeler l'histoire de cette malade, femme du monde tombée dans la misère et soignée à l'hôpital Saint-Louis durant deux années pour une plaie phagédénique de la face et du cou.

Cette syphilide avait résisté à toutes sortes de traitements, et notamment à un traitement prolongé par les sels solubles.

Aussi devant l'échec de ces différents traitements cette syphilide avait-elle été considérée comme plaie de nature tuberculeuse et avait-elle été traitée comme telle, avec un semblable insuccès.

Or 18 piqûres, tant d'huile grise que de calomel, provoquèrent chez cette malade une stomatite, c'est vrai, mais aussi une guérison radicale, complète, vraiment surprenante.

Qu'on me permette aussi de rappeler ici la si curieuse et si convaincante observation que m'a communiquée ces jours-ci M. le Dr Oudin :

« Le 25 avril 1906, le Dr X..., médecin au Brésil, m'est amené par le Dr Gaston Bloch. Il vient à Paris subir l'amputation de la verge pour un épithélioma du gland. Ce malade, âgé de 55 ans, a eu autrefois la syphilis ; aussi quand il a vu, il y a 18 mois, paraître sur la verge une tumeur qui s'est rapidement ulcérée, a-t-il commencé de suite un traitement spécifique. Il a pris pendant 2 mois des pilules de protoiodure qui n'ont amené aucune amélioration, et après, il a fait plus de 400 piqûres de sels solubles, benzoate et biiodure, cela sans le moindre résultat. L'ulcération a continué à progresser. L'inutilité de ces traitements mercuriels a fait confirmer le diagnostic d'épithélioma par plusieurs médecins américains et anglais qu'il a consultés avant de venir à Paris.

La verge a un volume considérable et une consistance ligneuse presque jusqu'à sa base. Le gland est le siège d'une énorme ulcération qui en a détruit environ les deux tiers inférieurs ; un peu au-dessous du gland l'ulcération a envahi le canal, la miction se fait par la plaie. Pas de ganglions.

Le malade vient me demander si je crois que la radiothérapie puisse être tentée avec succès avant d'en venir à l'amputation. L'aspect de l'ulcération son fond lisse, ses bords décollés, sans bourgeonnement, me firent rejeter de suite le diagnostic épithélioma ; et je proposai au malade des piqûres d'huile grise que j'eus grand-peine à lui faire accepter, en raison de l'inutilité des traitements antérieurs.

À la troisième piqûre l'induration de la verge avait déjà bien diminué et l'ulcération commençait à se déterger et à se cicatriser sur les bords. Après la septième piqûre la guérison était complète, l'ulcération cicatrisée, la verge avait repris sa consistance normale. Il ne restait plus qu'une fistule urinaire en peu au-dessous du frein.

Pour les quatre premières piqûres j'ai injecté la seringue de Barthélemy pleine d'huile grise préparée par Vigier ; pour les trois dernières, les deux tiers de la seringue. Le malade a eu une stomatite assez sévère après la septième piqûre. »

Loin de moi, bien entendu, l'intention d'attaquer cette méthode des sels solubles, qui a, il faut le reconnaître, ses très bons côtés et qui d'autre part est si vivement recommandée par les autorités les plus importantes.

Je voulais seulement montrer une fois de plus les bénéfices vraiment considérables, immenses, que l'on peut retirer de la méthode des injections d'huile grise ; je voulais aussi montrer une fois de plus combien en certains cas elle est supérieure, infiniment supérieure à la méthode des injections solubles auxquelles je me permettrai, en terminant, d'adresser deux reproches :

De ces reproches voici le premier : C'est une méthode impratique par excellence, au moins dans un très grand nombre de cas ; c'est, en second lieu, une méthode dangereuse de par ses résultats souvent insuffisants.

S'il est possible, en effet, dans la classe riche et aisée, d'imposer au malade la nécessité d'un médecin venant lui faire chaque année au

moins 180 visites, ce qui représente 6 mois de traitement ; ou bien s'il est possible de laisser à un malade éclairé, capable de prendre toutes les précautions nécessaires, s'il est possible, dis-je, de laisser à tel malade le soin de se faire lui-même ses piqûres ;

Cela n'est plus possible quand il s'agit de l'ouvrier qui ne peut payer 180 visites de médecin, — qui ne peut davantage perdre 180 matinées par an pour venir au dispensaire ou à l'hôpital chercher ses piqûres de sel soluble, qui peut encore moins se faire lui-même ses piqûres, parce qu'il n'en a ni le temps, ni les instruments, ni les moyens.

Et alors qu'arrive-t-il en ce cas ? Ce que maintes fois déjà j'ai pu constater à la consultation.

En interrogeant des malades qui venaient avec une manifestation grave de syphilis, je m'étonnais de leur négligence à se traiter. « Que voulez-vous, me répondaient-ils, il m'est impossible de venir tous les matins à l'hôpital. J'aime mieux retarder ma guérison que perdre ma place. »

Et je le répète à dessein : tous ces malades qui déclarent, à juste titre, ne pouvoir venir chaque matin à l'hôpital, accepteraient fort bien, j'en ai la certitude absolue de par leur réponse même, de venir une fois par semaine pour se faire faire une piqûre d'huile grise.

Et je vois là un bénéfice immense pour ces malades, qui seraient ainsi régulièrement et efficacement soignés.

Voilà, je crois, un argument qui devrait condamner cette méthode des injections quotidiennes, au moins pour ce qui est de la pratique hospitalière.

J'ai dit aussi que je croyais cette méthode dangereuse parce qu'elle me semblait insuffisante dans bien des cas.

Et de cela je ne puis mieux désirer comme démonstration que les deux cas cités plus haut : 1° Celui de cette malade guérie de cette ulcération phagédénique du cou par 18 piqûres de sels insolubles, et cela après échec complet, absolu, de toutes les autres méthodes d'administration, y compris la méthode des sels solubles.

2° Celui du malade du Dr Oudin, prêt à subir une amputation de la verge pour une ulcération qui avait résisté à tous traitements, tant d'ingestion que d'injection de sels solubles, et qui guérit si miraculeusement entre ses mains après 7 piqûres d'huile grise.

Et je rappelle encore que dans ces deux cas l'échec des traitements par les injections solubles avait été si complet que dans les deux cas le diagnostic de syphilis avait été abandonné et remplacé par celui de tuberculose et de cancer.

Quel triomphe, pourrait-on véritablement dire, pour les injections d'huile grise !

A coup sûr cette méthode n'est pas sans présenter quelques dangers : mais ces dangers ne sont pas tous inévitables ; ils restent en tout cas

rare, exceptionnels, et quels qu'ils soient, je ne crois pas qu'on puisse les mettre en balance avec les bienfaits vraiment considérables que présente dans son ensemble la pratique des injections d'huile grise.

M. CHARMEIL. — Depuis 10 ans, d'une manière presque exclusive dans mon service d'hôpital, et habituelle dans ma pratique privée, je traite les syphilitiques par les injections d'huile grise.

A l'hôpital, pendant 3 à 4 ans, j'ai pratiqué moi-même les injections, si bien qu'en affirmant que j'ai fait personnellement environ 12 000 piqûres je reste plutôt en dessous de la réalité. Sur ce nombre considérable, pas un accident. Chez moi, un seul malade tabétique a présenté non pas une stomatite, mais de la salivation.

Depuis 6 ans, ce sont mes collaborateurs ou mes élèves qui font les injections à l'hôpital. J'ai observé de-ci de-là quelques accidents, surtout des stomatites le plus souvent bénignes; une seule a été grave, sans amener du reste la mort de la malade.

J'ai observé une seconde stomatite sérieuse, mais c'était chez une femme partie d'un service voisin où elle avait été soumise, non pas aux piqûres d'huile grise, mais aux injections solubles de benzoate d'hydrargyre. Au point de vue de l'efficacité de la méthode, j'en ai toujours été satisfait.

En résumé, je considère, après une expérience déjà longue, que l'administration de l'huile grise dans le traitement de la syphilis est la médication habituelle de choix.

M. MILIAN. — Le médecin ne peut juger les injections d'huile grise que s'il les pratique lui-même, comme a fait M. Charmeil. J'en ai fait moi-même un très grand nombre sans accident. J'administre ordinairement la dose de 7 centigrammes de Hg.; mais je pense avec M. Duhot que les hautes doses sont également bien tolérées. Il m'a semblé que plus les syphilides sont nombreuses, plus la tolérance du malade pour le mercure est grande; tout se passe comme si l'abondance des spirochètes neutralisait en quelque sorte le mercure injecté, et vice versa. J'ai observé un malade couvert de syphilides secondaires chez qui un médecin avait injecté par erreur pendant 2 mois les doses considérables de 2 centimètres cubes d'huile grise par semaine. Ce malade n'eut aucun signe d'intoxication, et depuis lors il n'a présenté aucun accident syphilitique. C'est là un cas de tolérance extraordinaire pour le mercure.

Les injections sont faites ordinairement tous les 7 jours; il y a souvent intérêt à les rapprocher un peu et à les faire tous les 6 jours; cet intérêt existe surtout dans les cas de glossite, surtout de glossite décapillante qui tendent à récidiver sans cesse.

On n'observe pas d'accidents locaux, quand on a une bonne technique. Tout le monde sait que l'injection doit être intramusculaire; mais parfois l'injection est déposée sur une aponévrose, et c'est là une cause de douleur profonde qu'il est difficile d'éviter. Les injections que j'ai faites sur l'animal m'ont montré que l'huile grise déposée en plein muscle est facilement absorbée; quand celle-ci est déposée dans le tissu cellulaire sous-cutané ou sur une aponévrose, elle produit, non un abcès comme on le répète trop souvent,

mais un hématome, réaction normale du tissu conjonctif vis-à-vis du mercure. Les nodi sous-cutanés tiennent au dépôt d'huile dans la graisse sous-cutanée à l'aller ou au retour. On évite ce dépôt à l'aller en n'amorçant pas l'aiguille, qu'on pique à vide. On l'évite au retour en retirant l'aiguille en deux fois, ce qui essuie le mercure qui bave à la pointe, en passant entre les muscles. On y arrive également en injectant une huile grise *solide* et qu'on a laissée se resolidifier dans la seringue. L'huile grise solide a moins de chance de refluer dans le tissu sous-cutané au moment de l'extraction de l'aiguille.

Chez les syphilitiques tertiaires, l'huile grise est au point de vue toxicité générale un des produits mercuriels le moins bien tolérés. Il y a des syphilitiques, tabétiques ou non, qui supportent très bien le calomel et qui ne tolèrent pas l'huile grise. Pour en juger et prévenir les accidents généraux, j'attache une grande importance à la « *neurasthénie mercurielle* » ; celle-ci consiste en ce que, le soir même ou le lendemain de l'injection, le malade a de l'asthénie, de la courbature, une grande fatigue générale. Ces symptômes relèvent sans doute de l'atteinte des capsules surrénales, car le mercure est un poison surrénal, comme le montre l'expérimentation ; ils indiquent que le malade tolère mal le médicament, qu'il est en imminence d'intoxication et qu'il vaut mieux renoncer à l'huile grise. Chez de tels sujets, pourtant à la limite de tolérance de l'huile grise, on peut injecter le calomel qui, fait paradoxal en apparence, est mieux supporté.

Je crois que les phénomènes décrits par M. Émery sous le nom de « *grippe mercurielle* » sont des phénomènes d'intoxication, et qu'ils ne sont pas dus à l'introduction du mercure dans les veines. Ils ne surviennent qu'après une imprégnation d'une certaine durée. On peut comparer ces phénomènes à la colique de plomb de l'intoxication saturnine. L'assimilation entre les deux intoxications peut être poussée plus loin, car j'ai décrit ici même un liséré mercuriel.

Enfin on a signalé quelques cas de mort ; mais cette issue fatale peut être évitée si l'on recourt à l'ablation chirurgicale des nodosités. Cette ablation s'impose toutes les fois qu'on se trouve en présence d'accidents menaçants. Elle est facilitée par la radiographie qui permet de préciser avec une exactitude mathématique le siège du dépôt mercuriel.

M. BALZER. — Je suis de l'avis des orateurs qui viennent de plaider si éloquemment en faveur de l'huile grise. Il faut néanmoins rappeler qu'on a cité plusieurs cas de mort à la suite des injections. Ajoutez que tous les cas mortels n'ont pas été publiés et que, dans l'espace d'un an, on en a compté cinq à six à l'hôpital Saint-Louis. J'estime que, pour être exact, il faudrait doubler la statistique des morts par injection d'huile grise. Quelles que soient les atténuations que l'on puisse fournir pour de tels faits, il devient de plus en plus impossible de n'en être pas frappé.

J'injecte la dose de 7 centigrammes de mercure par semaine. On peut assurément élever cette dose jusqu'à 10 centigrammes de mercure par injection ; les malades que vient de nous présenter M. Duhot témoignent suffisamment de la tolérance de l'organisme pour ces doses élevées. Mais je ferai remarquer que ce sont des hommes vigoureux et d'un état général parfait ; tous les syphilitiques ne se présentent pas dans des conditions aussi satisfaisantes.

De plus, n'y a-t-il pas réellement quelque danger à injecter des doses aussi considérables de mercure ? Nous ne savons pas s'il ne surviendra pas, le lendemain ou le surlendemain de l'injection, quelque affection intercurrente telle, par exemple, que la grippe régnant en ce moment, qui affaiblisse la tolérance de l'organisme pour le mercure. Quand je crois utile d'augmenter les doses de ce métal, je préfère donner en même temps des pilules de mercure, pilules qu'on peut supprimer dès qu'il survient une menace d'intoxication.

Enfin, je répondrai à M. Milian que l'extirpation chirurgicale des nodi n'est pas toujours possible. Dans un cas de mort cité récemment par M. Letulle, il fut impossible de retrouver, à l'autopsie, aucun des foyers d'injection. On ne peut donc pas compter toujours sur le traitement chirurgical pour éviter une issue fatale. L'intervention chirurgicale est possible pour les préparations insolubles telles que le calomel ; elle peut présenter les plus grandes difficultés pour l'huile grise qui fuse dans les interstices musculaires et qui a beaucoup moins de tendance à s'enkyster.

A l'exemple de Scarenzio, l'initiateur des injections massives, beaucoup d'auteurs, qui avaient employé les doses élevées sont revenus ensuite à des posages modérés. Sachons profiter de leur expérience basée sur des revers parfois mortels (Scarenzio, Smirnoff, etc...). Tout récemment, notre collègue M. Bodin, qui était autrefois partisan des doses considérables de mercure, est revenu aux doses modérées dans un article de la *Presse Médicale*.

Aussi, ne disons pas aux praticiens que les injections d'huile grise sont une méthode de traitement inoffensive et qu'il n'y a pas de danger à injecter des doses élevées de mercure ; ces doses doivent être exclues du traitement de la syphilis commune et réservées aux cas graves ou rebelles, et cela encore avec une surveillance spéciale.

M. MILIAN. — Il est vrai que, dans le cas rapporté par M. Letulle et que M. Balzer vient de rappeler, on n'a pu retrouver à l'autopsie les foyers d'injection ; mais on aurait pu les constater, par la radiographie, dès le début des accidents.

D'autre part, sur le vivant, le chirurgien trouve facilement les foyers d'œdème et de congestion et même les hématomes, tandis que tout cela disparaît sur le cadavre.

M. BALZER. — On ne peut songer à recourir au traitement chirurgical en face d'accidents qui semblent d'abord peu graves et qui ne le deviennent que dans la suite, et alors les indications de la radiographie pourraient bien être insuffisantes en ce qui concerne l'huile grise.

M. LEREDDE. — Nos collègues ont dit de l'huile grise le bien que j'en pense moi-même, et qui m'a déterminé à l'employer comme moyen régulier du traitement de la syphilis. Sur certains points, mes opinions diffèrent de celles qui ont été émises et, en particulier, je ne suis pas d'accord avec M. Duhot, qui emploie l'huile grise à doses fortes pendant le cours du traitement de la syphilis normale.

L'huile grise ne doit pas, à mon sens, être employée comme moyen de traitement intensif, parce qu'il y a un certain danger à élever les doses d'une

préparation qui se résorbe lentement et assez irrégulièrement. Comme M. Duhot, je n'observe plus d'accidents syphilitiques chez les syphilitiques que je soigne, mais j'arrive à ce résultat en faisant des périodes de traitement pendant lesquelles je n'injecte pas plus de 0^{sr},08 à 0^{sr},10 de mercure par semaine sous forme d'huile grise. Si ce traitement suffit dans la règle à empêcher les manifestations de la syphilis, c'est celui que l'on doit employer de préférence. Une dose d'un centigramme de mercure par jour ou un peu plus, suffit au traitement des syphilis normales, les faits d'observation le démontrent.

La statistique très intéressante que nous a communiquée M. Edmond Fournier démontre amplement la valeur de l'huile grise et son innocuité. Je crois qu'il ne faut pas cependant opposer comme il l'a fait le traitement par l'huile grise au traitement par les injections solubles qui ont leurs indications et leurs avantages. Le fait qu'il a cité d'un malade non guéri par des injections solubles et guéri par des injections d'huile grise d'un syphilome de la verge, ne démontre pas l'infériorité des injections solubles, si la dose de mercure introduite chaque jour sous cette forme était inférieure à celle qui fut introduite ensuite sous forme d'huile grise.

Au point de vue de l'action sur les lésions syphilitiques, on ne peut parler de la valeur des injections solubles et insolubles en soi : car tout dépend de la dose de mercure absorbée chaque jour par l'organisme.

..

Je regrette que M. Gaucher, qui a fait le procès de l'huile grise, ne soit pas ici pour nous donner des renseignements complémentaires sur les accidents qu'il a observés. A l'heure présente, ces accidents paraissent dus à deux causes uniquement : 1° à des erreurs de dosage sur lesquelles on a suffisamment insisté, et je ne puis que me rallier à l'opinion de M. Emery, demandant que, sur chaque flacon d'huile grise mis dans le commerce, le médecin trouve les indications relatives aux doses à introduire ; 2° à une absence de soins du côté de la muqueuse buccale, qui a amené la stomatite.

Les malades de la clientèle hospitalière ont habituellement les dents dans un état déplorable. Il n'est pas toujours possible d'éviter la stomatite, même si ces dents sont nettoyées, bien plus, si on ne leur donne pas, si on ne leur impose pas les précautions nécessaires. Comme tous les modes de traitement actifs de la syphilis, l'huile grise expose à la stomatite. Mais on n'aura jamais d'accidents en ville, si les malades prennent les précautions nécessaires — je n'en ai jamais eu pour ma part. On n'en aura pas à l'hôpital, si on prend ces précautions et si on renonce à l'huile grise dans les cas où l'état de la bouche est trop mauvais.

Les frictions, les pilules même ont causé autrefois des morts par stomatite. Aujourd'hui les stomatites graves et mortelles peuvent être dues à l'huile grise, elles le seront demain à tout moyen actif de traitement de la syphilis, si on ne tient pas compte de la nécessité de désinfecter la bouche au préalable et pendant le traitement, dans les cas où on fait un traitement sérieux, surtout si on fait des injections de préparations insolubles.

Dans aucune des observations d'accidents graves dus à l'huile grise, je n'ai vu que l'état de la muqueuse buccale ait été pris en considération, et ceci

me paraît suffire à leur enlever la valeur qu'on serait tenté de leur attribuer et à empêcher de renoncer à un mode de traitement excellent et précieux, pourvu qu'il soit employé à propos et en connaissant, comme pour tous les autres modes, ses inconvénients propres.

M. QUEYRAT. — Il est certain que, dans la pratique hospitalière, les malades sont dans de moins bonnes conditions que sont ceux de la ville pour supporter les injections d'huile grise; ils ont une mauvaise dentition, prennent peu de soins de leur bouche, continuent pour la plupart à boire et à fumer; même dans ces conditions défectueuses, on a bien peu d'accidents à noter. A l'hôpital Cochin-Ricord, j'ai pratiqué l'an dernier plus de dix mille injections dont 5 500 payantes, sans accident grave.

J'ai observé un certain nombre de cas de stomatite chez des hommes qui faisaient de la bicyclette; je crois qu'ils étaient dus à une résorption rapide du mercure par suite de la contraction musculaire exercée sur l'huile injectée.

Les cas de mort publiés ne sont guère démonstratifs; il y a des malades qui prennent du mercure en dehors des injections; j'en ai vu qui, recevant des injections d'huile grise à l'hôpital Cochin-Ricord, allaient en outre prendre des pilules à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Dans un des cas mortels, la malade avait été atteinte de stomatite à la suite de 12 injections d'huile grise; on continua le traitement par des injections de benzoate; on lui en fit sept; la stomatite s'aggrava; je pense que l'huile grise ne peut être rendue complètement responsable de la mort qui survint.

Le fait de M. Letulle, qu'on vient de citer, ne me paraît pas plus probant à cet égard.

M. ED. FOURNIER. — Il est impossible d'opposer les quelques cas de mort publiés aux innombrables bienfaits de la méthode. Le chloroforme a, lui aussi, des cas de mort à son actif et beaucoup plus nombreux que l'huile grise; personne n'hésite cependant à y avoir recours.

M. LÉVY-BING. — Je ne reviendrai pas sur le mode de préparation de l'huile grise ni sur la technique des injections insolubles, qui sont actuellement bien mis au point et qui ont été parfaitement exposés dans le rapport de M. Lafay.

Mais il me paraît utile de faire ressortir les trois points principaux qui se dégagent de la discussion qui vient d'avoir lieu.

Tout d'abord, la nécessité de fixer une fois pour toutes une formule définitive pour la préparation de l'huile grise. En effet, le titrage de l'huile grise varie de 7 à 40 p. 100, et c'est là une des nombreuses causes d'erreur pour les médecins qui ne sont pas très familiarisés avec les préparations mercurielles. Il est d'ailleurs tout à fait inexplicable qu'un médicament aussi largement employé et aussi répandu ne figure même pas dans le Codex français.

En second lieu, il est remarquable de constater que plus un syphiligraphie fait d'injections d'huile grise, moins il a d'accidents, et ceci confirme bien ce que je ne cesse, pour ma part, de répéter, c'est-à-dire qu'avec une technique bien réglée et une bonne préparation, chez des malades bien surveillés, on ne doit jamais observer d'accidents. Et, à ce point de vue, les statistiques

que viennent de nous apporter M. Edmond Fournier et M. Charmeil sont bien typiques. Sur les 6500 injections d'Ed. Fournier et les 15 000 faites par M. Charmeil, on ne note que quelques accidents insignifiants. Je viens y ajouter mes injections d'huile grise au nombre de 12 000, qui ont été toutes notées soigneusement au jour le jour, chez des malades suivis pendant longtemps, et qui n'ont jamais causé le moindre incident local ni aucun phénomène d'intoxication. Il serait tout-à-fait intéressant que tous les syphiligraphes qui ont l'habitude de manier l'huile grise viennent apporter leurs statistiques et forment ainsi bloc, avec un chiffre considérable d'injections, toutes pratiquées sans aucun accident sérieux, contre les quelques cas de mort attribués à cette méthode. D'ailleurs quand on serre ces observations d'un peu près, comme vient de le montrer si bien M. Queyrat, on constate qu'elles ne sont pas à l'abri de tout reproche et l'on y trouve un certain flou, en particulier pour ce qui concerne les doses injectées, l'état de la bouche et le fonctionnement du filtre rénal.

Enfin, la question des doses semble définitivement fixée; la dose habituelle d'huile grise pour des adultes de poids moyen, c'est-à-dire de 50 à 60 kilos, reste la dose de 0,07 centigrammes de Hg. par semaine. Bien entendu, cette dose est variable suivant les cas et suivant les individus, et très souvent j'injecte jusqu'à 0,14 centigrammes de Hg. tous les six ou sept jours, chez des hommes et même chez des femmes jeunes qui supportent facilement cette quantité; il est prudent cependant de ne jamais la dépasser, et cela pour deux raisons: d'abord parce que cette dose de 0,14 centigrammes est suffisante pour venir à bout de tous les accidents syphilitiques et ensuite parce qu'il ne faut pas introduire dans l'organisme de trop fortes réserves de mercure qui, sous l'influence d'une affection intercurrente, d'une grippe par exemple, pourraient être trop rapidement solubilisées et causer une intoxication hydrargyrique.

En résumé, les injections d'huile grise constituent, pour réaliser le traitement chronique intermittent de la syphilis, le médicament idéal et permettent, à elles seules, d'assurer une mercurialisation complète et sûre d'une spécificité pendant toute son évolution; médicament idéal, car il est à la fois d'une efficacité et d'une rapidité d'action remarquables et d'un maniement véritablement très pratique.

Je n'ajouterai qu'un mot à propos de la remarque faite par Edmond Fournier au sujet des injections solubles de biiodure ou de benzoate. Il est parfaitement exact que certains accidents tenaces ne cèdent qu'aux injections insolubles et en particulier à celles d'huile grise; alors que, traités par les injections de biiodure de Hg. même à très hautes doses (doses journalières de 4, 5 et même 6 centigrammes, que nous avons été les premiers à préconiser, mon regretté maître Barthélemy et moi et dont nous avons rapporté les résultats ici-même en 1902), ces accidents récidivent sans cesse, soumis aux injections d'huile grise, ils disparaissent définitivement. Ce qui ne veut pas dire que les sels solubles sont inefficaces; loin de moi cette pensée! Mais, s'ils agissent avec une très grande rapidité, leur action dure peu; ils sont très utiles pour enrayer ou guérir un accident, mais ils ne préviennent pas les récidives aussi bien que les injections d'huile grise, qui assurent à l'organisme une mercurialisation lente, mais continue.

Réflexions sur l'huile grise.

Par M. A. FOURNIER.

Je suis grand admirateur de l'huile grise, je l'ai souvent employée et je l'utilise encore très fréquemment. Mais je crois que c'est rendre mauvais service à un médicament que de ne vanter que ses qualités et de taire ses défauts. Aussi, je voudrais apporter quelques correctifs aux éloges qui viennent d'être décernés à l'huile grise; je n'ai pour cela qu'à consulter mes notes et à vous résumer quelques-unes de mes observations.

1. — Homme, 29 ans. Syphilis au début, 2 injections d'huile grise. Chacune détermine des douleurs « épouvantables », qui débutent dès le 3^e ou 4^e jour et se prolongent une quinzaine. A chaque injection, 7 à 10 jours de lit.

2. — Homme, 26 ans. Syphilis au début. Une injection d'huile grise à 7 centigrammes de Hg. Douleur très violente, avec fièvre. Trois jours de lit. « Déclare ne plus vouloir entendre parler d'un tel traitement ».

3. — Homme, 25 ans. Syphilis au début. Une injection d'huile grise, faite par notre si regretté collègue le Dr Barthélemy. Douleurs « terribles » survenant le 2^e jour après l'injection. — Vient réclamer de moi un autre traitement, « forcé, me dit-il, de renoncer à celui-ci qui le martyrise ».

4. — Homme, 43 ans. Glossite tertiaire. A subi 15 injections de calomel, qui toutes ont été très douloureuses. A dû y renoncer et alors a fait trois essais d'injections d'huile grise. Celles-ci ont été encore plus douloureuses, « atroces »; pendant 3 jours; à la suite de chacune d'elles, alitement forcé, sorte de « paralysie de la jambe », énervement, insomnie, etc.

5. — Autre genre d'accidents. Homme, 40 ans. Tabes. Cinq injections d'huile grise. A la suite de la dernière, coliques atroces; diarrhée profuse; dit être allé sur le vase « plus de cent fois » en une nuit, et cela jusqu'au sang. Puis stomatite qui dégénère en gingivite de forme hypertrophique, avec décollement.

Je pourrais citer d'autres observations semblables à celles-ci.

Il ne faut pas dire : qu'importent 3 ou 4 cas de mort sur des milliers d'injections? Déplorable argument, qui n'exonère en rien le remède. Puis, tous les faits désastreux n'ont pas été publiés.

Ainsi, un très digne confrère m'a confié l'observation suivante :

Un homme affecté d'une syphilis déjà quelque peu ancienne présente des accidents d'encéphalopathie spécifique. Il en est traité par des injections mercurielles solubles, et il se rétablit.

A quelque temps de là survient une rechute. Cette fois on met en œuvre des injections d'huile grise. Six de ces injections sont pratiquées suivant la formule usitée et sans accidents, notamment sans accidents de stomatite. Les manifestations cérébrales s'amendent. Mais, 6 semaines après la dernière injection, surviennent des phénomènes menaçants de stomatite. Salivation très abondante, odeur fétide, tuméfaction extraordinaire des gencives, ulcéra-

tions multiples de la bouche, puis phénomènes gangreneux, affaissement, adynamie, et, finalement, en dépit de tous les soins, *mort*, et mort par stomatite, sans autres symptômes.

Il suffit d'un seul cas analogue à celui que je viens de vous signaler pour refroidir l'ardeur des plus enthousiastes de la méthode.

On vient de dire que le chloroforme a ses morts ; mais personne ne voudrait employer le chloroforme pour une opération insignifiante, et nous ne manquons pas de lui substituer l'anesthésie locale toutes les fois que cela nous est possible. Eh bien, je demande qu'on agisse de même pour l'huile grise : employons-la toutes les fois qu'elle nous paraît indiquée, mais ne l'utilisons pas avant d'en avoir reconnu l'*indication*.

Le Secrétaire :

L. BRODIER

SEANCE SUPPLÉMENTAIRE DU 21 MARS 1907

Présidence de M. Alfred Fournier.

SOMMAIRE. — Correspondance. — Pharmacologie de l'huile grise, par M. LAFAY. — Note sur les injections d'huile grise, par M. HALLOPEAU. (Discussion : MM. EMERY, DANLOS, E. FOURNIER.) — Pharmacologie de l'huile grise (analyse d'une note de M. Duret), par M. DANLOS. — Modifications à apporter à la posologie de l'huile grise, par M. EMERY. (Discussion : MM. E. FOURNIER, HALLOPEAU, EMERY, LÉVY-BING, LAFAY, BALZER, LENGLET.) — Étude d'une nouvelle formule d'huile grise, par M. LAFAY. — Réponse à M. LAFAY au sujet d'une nouvelle formule d'huile grise, par M. DANLOS. (Discussion : MM. A. FOURNIER, QUÉTRAT.)

Correspondance.

Lettre de M. le professeur Troisfontaines, disant que, contrairement à l'assertion de M. Duhot, l'usage des injections mercurielles et en particulier de l'huile grise est déjà ancien à la clinique dermatologique de Liège et remonte à l'époque où il a pris possession de la chaire de maladies vénériennes.

Pharmacologie de l'huile grise.

Par M. L. LAFAY.

L'huile grise n'est pas une préparation *officinale*, de composition fixe et réglée par le Codex ; elle « varie beaucoup, suivant les médecins qui la formulent et les pharmaciens qui la préparent » (BROcq, *Bullet. méd.*, 1906, p. 39).

Cette constatation n'empêche, du reste, ni les médecins de prescrire l'huile grise sans en mentionner le pourcentage en mercure, ni les pharmaciens de préconiser, sans cesse, de nouvelles préparations, toutes mieux stérilisées (!), plus indolores, et plus idéalement tolérées les unes que les autres ! La pratique pharmaceutique journalière démontre, en effet, que sur 20 ordonnances de provenances diverses il y en a bien 13 qui ne portent aucune indication quant à la composition du produit et à son titrage en mercure, laissant ainsi au pharmacien la charge et l'embarras de délivrer telle préparation qu'il jugera pré-

férable. Pour ce qui est des observations médicales et des discussions qui en résultent, les choses ne se passent guère différemment : qu'il s'agisse de résultats heureux, d'insuccès ou même d'accidents graves, il n'est pas rare, il est presque de règle qu'on oublie de préciser et même de mentionner le titrage en mercure de la préparation utilisée.

Cette négligence — disons le mot — de quelques médecins n'a d'égale que la rage — le terme n'a rien d'excessif en la circonstance — des pharmaciens à multiplier sans raison plausible les formules de cette préparation. Actuellement âgé de 20 ans, l'*oleum cinereum* de Lang n'a, en effet, cessé de varier dans sa composition suivant les époques et les préparateurs, non seulement quant à l'excipient, mais aussi, et c'est là surtout le point important, quant à sa teneur en mercure. Pendant que la proportion de métal allait de 11,11 à 40 et 50 p. 100, on utilisait tour à tour l'huile d'olive, la vaseline, l'huile de vaseline, la lanoline, l'onguent napolitain, tantôt isolés, tantôt associés dans les proportions les plus diverses.

Et encore n'avons-nous pas l'intention de comprendre, dans l'énumération de ces transformations successives, les multiples dilutions à 0,05, 0,06, 0,07..., 0,10, 0,12... centigrammes de Hg. par centimètre cube, dilutions que nous avons été, je crois, les premiers à expérimenter systématiquement. M. le Dr Sabouraud et moi, il y a sept à huit ans, et que nous avons bientôt abandonnées, parce que beaucoup moins bien tolérées que le produit à 40 p. 100, dont on n'injecte qu'un très petit volume ; ce qui n'a, du reste, pas empêché de les réinventer dernièrement, de les déclarer excellentes, et de les préconiser comme réalisant un perfectionnement susceptible de faire étape dans la carrière des injections mercurielles insolubles !

Ces considérations sur les variations de formules de l'huile grise peuvent paraître oiseuses dans cette enceinte ; elles sont, au contraire, d'un intérêt considérable dans la pratique, ainsi que nous sommes à même, nous autres pharmaciens, de nous en rendre compte tous les jours. Quand on s'adresse à des praticiens qui sont, comme la plupart des membres de cette Société, des spécialistes ès hydrargyre et parlent huile grise comme leurs aînés parlaient protoiodure, point n'est besoin de rappeler certains détails qui leur sont familiers. Il n'en est malheureusement plus ainsi quand ces discussions, franchissant le seuil des Sociétés savantes, arrivent aux oreilles de la masse des praticiens : les sous-entendus n'étant plus alors monnaie courante, ce sont, au contraire, les questions de détail, de pratique journalière, de posologie exacte, de technique bien précise et limitée, etc... qui éveillent leur curiosité et retiennent leur attention, surtout quand il s'agit d'une médication relativement nouvelle et intéressante comme l'huile grise.

Aussi serais-je désireux, — moins dans votre intérêt personnel que dans celui de vos confrères non spécialistes, encore insuffisamment familiarisés avec cette thérapeutique spécifique, ainsi que pour le plus grand bien de vos malades et la responsabilité du pharmacien, — de vous entendre formuler, avec l'autorité qui s'attache à cette Société en général, et à son vénéré Président en particulier, la teneur en mercure qui vous semble préférable au double point de vue de la tolérance et de l'efficacité thérapeutique, et établir en quelque sorte la pharmacologie de cette médication.

La teneur en mercure a oscillé, ainsi que nous l'avons dit déjà, de 11,11 à 50 p. 100 : 11,11 ; 16 ; 20 ; 33,33 ; 40 et enfin 50 p. 100, pour ne rappeler que les principales variantes dont les propagateurs ont nom en syphiligraphie.

Quelle est, de toutes ces formules, celle que vous préférez, d'après votre expérience personnelle ? Laquelle désirez-vous voir devenir classique et en quelque sorte *officinale* ? Laquelle devra délivrer le pharmacien quand l'ordonnance ne stipulera aucun pourcentage en mercure ?

Telle est la question que nous devons tout d'abord solutionner, question intéressant à la fois le médecin, le malade et le pharmacien : le médecin, pour qu'il n'injecte pas une demi-seringue d'huile à 40 p. 100 quand il croit injecter de l'huile à 16 p. 100 (le fait existe) ; le malade, pour qu'il reçoive assez et pas trop de métal ; le pharmacien, pour qu'il sache quel produit il doit délivrer et qu'il ne contribue pas involontairement à provoquer des méprises dont quelques-unes ont parfois coûté la vie au patient.

A ce point de vue, l'opinion des syphiligraphes est à peu près arrêtée : l'huile grise à 40 p. 100 a aujourd'hui rallié le plus grand nombre des suffrages, c'est elle que le médecin conseille le plus souvent, et que le pharmacien délivre quand l'ordonnance ne spécifie aucune teneur en mercure. L'expérimentation clinique démontre en effet qu'à puissance thérapeutique égale c'est l'huile à 40 p. 100 qui est la mieux tolérée par les tissus, en raison du faible volume qu'il suffit d'injecter.

A côté de cette huile grise, et à la demande de M. le Dr Edmond Fourrier, j'ai préparé, il y a 6 ou 7 sept ans, une huile deux fois et demie plus faible, c'est-à-dire à 16 p. 100 de mercure. Cette formule offre l'avantage de simplifier considérablement le calcul et le dosage : elle contient 20 centigrammes de métal par centimètre cube, soit 1 centigramme par division de la seringue de Pravaz ordinaire, à 20 divisions. Elle est surtout destinée aux médecins non spécialistes qui ne sont pas pourvus de la seringue spéciale aux injections d'huile grise, et peuvent ainsi, avec une seringue quelconque, injecter une dose exacte de mercure, ce qui n'est guère faisable avec l'huile à 40 p. 100, comme nous le verrons plus loin.

Telles sont les deux seules formules que nous croyons rationnel de proposer à l'appréciation de la Société.

I. — PRÉPARATION DE L'HUILE GRISE A 40 p. 100.

Dans tout ce qui va suivre, nous n'aurons en vue que l'huile à 40 p. 100, la variété à 16 p. 100 n'offrant aucune particularité intéressante, et n'étant en réalité que de l'huile à 40 p. 100 additionnée de quantité suffisante d'excipient.

La préparation de l'huile grise comprend :

- A. La purification du mercure ;
- B. Le choix de l'excipient ;
- C. La préparation proprement dite.

A. PURIFICATION DU MERCURE. — Le mercure contient fréquemment des métaux étrangers qui y sont dissous à l'état d'amalgame Sn, Cu, Bi, Pb, Zn ; il peut aussi être souillé par des matières en suspension ou des pellicules qui ternissent sa surface. Il doit donc toujours être soumis à une purification méticuleuse avant d'entrer dans la composition d'un produit destiné à la voie hypodermique.

Pour arriver à ce résultat, les procédés sont nombreux, les uns utilisant les agents physiques (filtration, distillation, courant d'air, etc.) ; les autres, et c'est le plus grand nombre, ayant recours aux agents chimiques qui attaquent les métaux étrangers avant le mercure ou sont même sans action sur ce dernier. Entre toutes ces méthodes le pharmacien n'a pas à choisir : il doit suivre le procédé du Codex français, que je transcris fidèlement :

Rp. Mercure du commerce.....	2000 grammes.
Acide azotique.....	20 —

« Introduisez le mercure dans un flacon en verre fort, de capacité suffisante, avec l'acide préalablement étendu de deux fois son volume d'eau. Prolongez le contact pendant vingt-quatre heures, en agitant fréquemment la masse. Au bout de ce temps, enlevez par décantation la portion surnageante qui emporte avec elle les métaux étrangers ; lavez à grande eau le mercure, et séchez-le avec soin.

Ainsi purifié, le mercure doit offrir une surface très brillante, ne pas laisser sur une surface blanche de trainée métallique, et se dissoudre entièrement dans l'acide azotique officinal. Cette solution, évaporée à siccité, doit donner un résidu qui disparaît complètement par la calcination. »

B. CHOIX DE L'EXCIPIENT. — L'huile grise étant un médicament officinal, c'est-à-dire qui ne peut se préparer rapidement et au moment du

besoin, le choix de l'excipient joue un rôle capital dans cette préparation. Il doit posséder les qualités suivantes :

1° Les corps qui le constituent ne seront pas seulement exempts d'éléments étrangers, chacun d'eux devra subir en outre une purification parfaite, de façon à être tout à fait pur et de réaction neutre.

2° Ces substances devront être aussi inaltérables que possible, et surtout ne pas rancir, de façon à assurer au produit une conservation facile, complète, et pour ainsi dire indéfinie.

3° De par sa constitution chimique, cet excipient devra fournir aux microbes un milieu de culture très défavorable, il sera complètement stérilisable et devra demeurer tel, à moins qu'une cause externe ne vienne le souiller ultérieurement.

4° Sa consistance sera variable suivant les saisons, d'où formule d'hiver et formule d'été, qui ne différeront que par la proportion relative des composants.

5° Cette consistance sera très pâteuse ou même solide à la température ordinaire (+ 15°), de façon à maintenir parfaite l'homogénéité de la préparation ; mais elle devra, par contre, être très fusible et liquéfiable à une température sensiblement inférieure à celle du corps.

6° Outre ces qualités, en quelque sorte intrinsèques, l'excipient devra, avant tout autre avantage, offrir à l'organisme une tolérance aussi parfaite que possible : il ne sera pas toxique, ni même irritant, et ne provoquera aucune douleur soit immédiatement, soit dans la suite.

7° Enfin cet excipient devra présenter au point de vue de l'absorption ultérieure du médicament par l'organisme, une barrière suffisamment ouverte.

Parmi les formules d'huile grise qui ont été proposées, voyons celles qui se rapprochent le plus de l'excipient rêvé, tel que nous venons de le définir.

La formule primitive de Lang, contenant de l'huile d'olive (associée à la lanoline), doit être rejetée : malgré une certaine résistance à l'oxydation, l'huile d'olive ne tarde pas à rancir, et cela d'autant plus rapidement que le battage favorise au plus haut degré cette oxydation.

Cet inconvénient n'existe plus dans la formule de Neisser, ni dans celle de notre collègue, M. Balzer, qui lui est contemporaine ; mais ces deux formules ont le tort de faire entrer dans la préparation de la teinture éthérée de benjoin : 5 centimètres cubes pour 90 grammes (Neisser), et 5 grammes pour 60 grammes (Balzer), et d'être, l'une à 11,11 p. 100 de métal (Neisser), et l'autre à 33,33 p. 100 (Balzer) (Thèse Lévy-Bing, p. 215). Ces deux formules présentent en outre le gros inconvénient pratique d'avoir pour unique excipient l'huile de

vaseline, ce qui rend l'émulsion extrêmement instable, et, conséquemment, l'évaluation pondérale du mercure *injecté* très délicate, en raison de la précipitation avec laquelle l'opérateur doit faire et la prise du liquide et l'injection.

La formule de Pierre Vigier, en 1899, corrige en partie ce double inconvénient : elle porte à 40 p. 100 le titre en mercure, qui est le chiffre communément admis aujourd'hui, et elle ajoute à la vaseline liquide 25 p. 100 de vaseline solide, de façon à donner une stabilité un peu plus grande à l'émulsion. Mais elle a le tort d'éteindre le mercure avec l'onguent napolitain (2 grammes pour 39 de Hg., soit un peu plus de 5 p. 100), corps d'une asepsie douteuse, généralement rance, et susceptible de rancir encore tous les jours davantage.

La formule à laquelle je me suis arrêté, et qui a été intégralement publiée dans la thèse de Lévy-Bing (p. 216), n'est qu'indirectement mon œuvre. Ceux d'entre vous qui suivent assidûment nos séances se souviennent que, chaque fois qu'il était ici question d'huile grise, et presque chaque fois qu'on parlait injection mercurielle, une voix s'élevait pour affirmer qu'avec une bonne huile grise bien maniée, et à dose suffisante, on était certain d'obtenir tel ou tel résultat superbe ; en un mot, pour vanter l'excellence de cette préparation, pour la glorifier même. Cette voix, que nous n'entendrons pas aujourd'hui, bien qu'il s'agisse cependant d'huile grise, c'était celle du médecin enthousiaste parce que convaincu, de l'excellent praticien, du brave et honnête confrère que fut Barthélemy, à qui j'apporte ici, grâce à cette circonstance toute fortuite, mon modeste tribut de profonde et respectueuse reconnaissance.

Cette formule, à laquelle je suis arrivé par tâtonnements, n'a été définitivement arrêtée que grâce aux indications et après acception de Barthélemy. D'aucuns trouveront peut-être le produit qui en résulte un peu solide, mais il sera toujours facile d'obtenir une huile plus fluide en variant légèrement les proportions des composants. Barthélemy tenait essentiellement à cette consistance solide, qui assure à l'émulsion une stabilité parfaite, et permet ainsi d'injecter un poids de métal exactement défini et mathématique. Barthélemy allait même plus loin : il prétendait, d'après son expérience personnelle de tous les jours et de plusieurs années, que cette consistance le mettait à l'abri des embolies et lui permettait de faire l'injection en un seul temps. Et c'est ainsi qu'il a pu faire, sans le moindre accident, plus de 5 000 injections d'huile grise.

Malgré son apparence solide, le produit se liquéfie avec la plus grande facilité dès la température de 28 à 30°, et reste alors très fluide aussi longtemps qu'on le désire, si l'on a soin de l'agiter *après l'avoir tiédi* : l'agitation et la chaleur de la main suffisent alors à maintenir la fluidité. La nécessité de tiédir notre huile grise présente même un cer-

tain avantage au point de vue de la tolérance de la médication qui semble d'autant mieux supportée que l'on se rapproche davantage de la température du malade.

La formule à laquelle je fais allusion présente la composition suivante :

Mercure purifié.....	40 grammes.
Lanoline anhydre pure et stérilisée.....	12 —
Vaseline blanche —	13 —
Huile de vaseline médicinale stérilisée.....	35 —

pour 100 grammes de produit; soit, comme on dit communément, 40 p. 100 de mercure, c'est-à-dire encore que 100 grammes d'huile grise contiennent 40 grammes de métal, *en poids*. Nous verrons *qu'en volume* le calcul est tout différent.

Pour l'huile grise à 16 p. 100 de mercure (en volume : 20 centigrammes Hg. par centimètre cube), on prend :

Huile grise à 40 p. 100.....	40 grammes.
Excipient ci-dessus.....	60 —

soit 16 grammes de métal dans 100 grammes de produit.

C. PRÉPARATION DE L'HUILE GRISE. — Le mercure étant purifié comme on l'a vu, on stérilise séparément la vaseline, l'huile de vaseline et la lanoline, après s'être assuré que ces produits sont neutres et d'une pureté absolue.

L'aseptisation est la même pour chacun d'eux : on peut, soit les chauffer à 130° dans un vase d'Erlenmeyer pendant 20 minutes, soit les mettre directement après fusion et filtration dans un flacon à large ouverture que l'on ferme hermétiquement en assujettissant le bouchon avec un parchemin résistant, et autoclaver le tout à 130-134° pendant 20 minutes.

La vaseline, solide ou liquide, est complètement neutre, inaltérable à l'air, et non toxique.

La lanoline, constituée par des éthers de la cholestérine et de l'isocholestérine, ne rancit pas à l'air, est difficilement attaquée par les alcalis, pas du tout par les microorganismes. Elle éteint son poids de mercure en une demi-heure de trituration, mais cette propriété peut être poussée beaucoup plus loin : W. Kauffeisen (De l'examen microscopique des pommades. *Rép. de Pharmacie*, 3^e s., t. XVIII, n°8, p. 344) vient de démontrer que 10 grammes de lanoline suffisent à éteindre 50 grammes de mercure en une heure, et que la préparation ainsi obtenue, examinée au microscope, montre le mercure à un état de division qui n'a rien de comparable, au point de vue de la ténuité des

globules, à celui du meilleur onguent napolitain à base d'axonge. Cette constatation, cela va sans dire, présente un intérêt évident relativement à l'absorption du métal par voie cutanée (friction) ou hypodermique (injection).

Rappelons encore que Lassar considère la lanoline comme susceptible de pénétrer le derme jusque dans les couches profondes, plus facilement qu'aucun autre corps gras.

Reste à stériliser l'appareil dans lequel se fera le mélange : qu'il s'agisse d'un mortier à boulets, d'un mortier à pilon ou d'un véloporphyre, l'opération ne change pas. Après nettoyage soigné de l'appareil, on le flambe à l'alcool ; on y dépose la lanoline et le mercure, avant complet refroidissement, et on bat vivement jusqu'à extinction parfaite du métal, opération longue mais d'importance capitale. On ajoute alors seulement la vaseline, puis, quand le mélange est intime, on verse l'huile de vaseline. On agite vivement, et, quand la préparation par refroidissement est devenue pâteuse, on la distribue dans des flacons spéciaux de 2 centim. cubes, 5 centim. cubes et 10 centim. cubes, préalablement stérilisés à 130°.

Vous avez certainement remarqué avec quel soin on stérilise les composants de l'huile, les appareils de trituration et les flacons dans lesquels on la conserve une fois terminée. On est obligé d'opérer ainsi, parce que *l'huile grise ne doit pas être, et, de fait, n'est jamais stérilisée après sa préparation*, contrairement à ce qu'on écrit un peu partout. Non seulement cette stérilisation ultérieure serait inutile, tous les produits l'ayant été, et le mercure étant par lui-même un suffisant antiseptique, mais elle présenterait en outre, même faite à 60°, le gros inconvénient de détruire complètement l'émulsion, le mercure, de par sa densité, se séparant de l'excipient aussitôt celui-ci liquéfié. Pour la même raison, il ne faut pas, quand on tiédit le produit au moment de l'injecter, le chauffer inconsidérément et sans précaution : cette préparation, même quand elle est solide comme celle que nous délivrons habituellement, se liquéfie à une température inférieure à celle du corps, demeure très fluide à 30°, prend la consistance pâteuse vers 25°, pour ne se solidifier à nouveau qu'au voisinage de 18°.

Il serait superflu d'insister sur l'importance d'une bonne préparation, au point de vue surtout de la tolérance du médicament par les tissus. M. le Dr Duhot, de Bruxelles, a vu telle huile grise non supportée et telle autre parfaitement tolérée chez le même malade. La composition et la préparation du produit constituent la pierre d'achoppement de la médication : il est évident que, malgré la perfection de sa technique, le syphiligraphe le plus adroit risquera néanmoins d'avoir tous les ennuis de la méthode si le produit injecté laisse à désirer : trop liquide, rance, incomplètement stérile ou contaminé.

II. — CARACTÈRES PHYSIQUES.

L'huile grise à 40 p. 100 présente une teinte gris foncé *uniforme*, une odeur qui rappelle celle de la vaseline et de la lanoline. Sa consistance est solide, en été comme en hiver, grâce à la proportion des composants que l'on varie suivant la saison ; elle devient très fluide dès la température de 30°, ainsi qu'on l'a dit plus haut.

Malgré la faible densité de son excipient, l'huile grise possède un poids spécifique élevé, par suite de la présence du mercure : c'est ainsi que 1 centimètre cube pèse 1^{er},25, et contient, par suite, non plus 0,40 mais 0,50 centigrammes de métal : $1^{\text{er}},25 \times 0,40 = 0,50$ centigrammes.

III. — CONSERVATION.

Préparée, comme nous l'avons dit, avec du mercure purifié et un excipient pur, stérilisé et incapable de rancir, l'huile grise devient un véritable médicament officinal, de conservation en quelque sorte indéfinie. Pour l'emploi, on la distribue aussitôt après sa préparation dans des flacons stérilisés, de dimensions variables suivant l'usage auquel on les destine : pour la clientèle de ville, on emploie généralement le flacon de 2 centimètres cubes ; pour les cliniques, on utilise plutôt le flacon de 5 centimètres cubes, suffisant pour 6 à 8 injections ; le flacon de 10 centimètres cubes est réservé aux hôpitaux et aux dispensaires où l'on traite plus spécialement les maladies vénériennes.

Le choix du flacon en lui-même n'est pas indifférent ; un flacon pour injection insoluble doit répondre à une double indication pratique : rendre possible le mélange parfait du métal et de l'excipient et permettre un puisement direct et rapide. Les conditions requises sont au nombre de 6 :

1° L'ouverture devra être assez large pour que l'introduction de la seringue se fasse aisément, l'huile grise ne devant en aucun cas être transvasée dans une cupule, une capsule ou un récipient quelconque, mais puisée directement, avec la seringue elle-même, aussitôt que cesse l'agitation.

2° La face interne ne contiendra aucune rainure ni aucun angle, véritables nids à microbes et sources de difficultés pour l'homogénéité du produit.

3° Le fond ne sera pas convexe, c'est-à-dire bombé en son milieu et fuyant sur les côtés où se déposerait le métal, mais concave, condition indispensable pour l'exactitude du dosage.

4° Le bouchon sera plat à sa partie supérieure, en forme de champignon, de façon à pouvoir être déposé sur cette face plane sans contaminer sa face interne, surtout quand il s'agit des flacons de 5 et 10 centimètres cubes et que le bouchon doit être de nouveau mis en contact avec l'huile, jusqu'à épuisement du flacon.

5° Le flacon entier, bouchon compris, après avoir été lavé, rincé à l'eau distillée et séché, sera stérilisé à 130°, car il ne sera, une fois rempli, l'objet d'aucune stérilisation ultérieure.

6° Il ne sera jamais rempli que très incomplètement, de façon à permettre une agitation énergique du contenu.

La maison Leûne a bien voulu construire sur ces indications un flacon qui répond à tous ces desiderata. Bien que ce modèle soit déposé

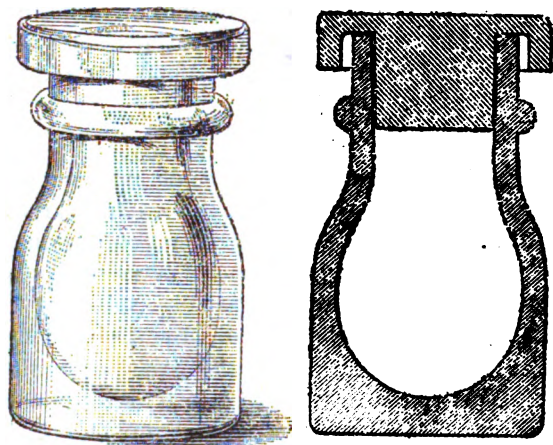


FIG. 1. — Flacon aseptique du Dr LAFAY (Modèle déposé).

comme étant ma propriété, j'ai autorisé le fabricant à le vendre à tous mes confrères qui peuvent ainsi l'utiliser, pour leurs injections insolubles, s'il le désirent.

Il va sans dire, conséquemment, que l'ampoule doit être absolument rejetée pour l'huile grise et les injections insolubles en général.

IV. — INCOMPATIBILITÉS.

L'huile grise n'est stable que si elle a une consistance pâteuse, ou mieux encore butyreuse ; on ne devra pas la porter à une température notablement supérieure à celle du corps, vu que la chaleur de la main, avec l'agitation, suffisent à la fluidifier. Il faut donc éviter, quand, pour gagner du temps, on la tiédit au bain-marie ou au contact d'une source de chaleur quelconque, de la chauffer inconsidérément : on détruirait ainsi l'homogénéité de la préparation, et le mercure tomberait au fond du flacon avec une telle rapidité que le dosage du produit en serait évidemment faussé.

Nous sommes convaincu que, parmi les accidents graves attribués à l'huile grise, un certain nombre sont dus à ce qu'on a injecté non de l'huile grise homogène, mais du mercure presque pur ainsi déposé au

fond du flacon par suite de la décomposition du produit provoquée par une chauffe exagérée.

V. — ASSOCIATIONS.

Contrairement à ce qui a lieu avec la plupart des préparations mercurielles, l'huile grise n'a besoin ni d'adjuvant ni de correctif. L'injection est par elle-même indolore, et la douleur consécutive est également insignifiante dans la grande majorité des cas : « Elle possède tous les avantages des injections insolubles, et n'a pas l'inconvénient d'être douloureuse. » (Thèse Lévy.)

L'adjonction d'un analgésique nous semble donc pour le moins inutile ; tel est aussi l'avis qu'émettait ici-même notre collègue Lévy-Bing, à la séance de janvier 1905, à propos de la présentation d'une huile grise rendue indolore au moyen d'un anesthésique : « L'huile grise bien préparée et injectée selon les règles n'est jamais douloureuse ; il y a lieu de s'étonner qu'on recherche un moyen de la rendre indolore, alors qu'elle l'est déjà naturellement. »

Quoi qu'il en soit, aucune addition ne devra être faite sans l'avis formel du médecin, sinon il pourrait en résulter pour le malade de sérieux inconvénients, et même une véritable intoxication si l'analgésique était plus ou moins toxique et ajouté en quantité importante.

VI. — POSOLOGIE.

Avec l'huile grise à 16 p. 100 de métal le dosage est facile : 20 centigrammes de Hg. par centimètre cube, soit 1 centigramme par chaque division de la seringue d'Edmond Fournier, ou tout simplement de la seringue de Pravaz à vingt divisions. L'injection peut donc se faire avec n'importe quelle seringue sans que l'exactitude du prélèvement ait à en souffrir. Cette huile grise à bas titre n'a du reste été créée que pour permettre un dosage exact aux praticiens non spécialistes ou non pourvus de la seringue spéciale de Barthélemy.

Avec l'huile grise classique à 40 p. 100, la posologie est beaucoup plus délicate, et l'entente est loin d'être parfaite, même entre spécialistes. Certains médecins croient, disent et n'hésitent pas à écrire que l'huile grise à 40 p. 100 contient 40 centigrammes de Hg. par centimètre cube ou seringue de Pravaz, confondant ainsi les deux numérations, pondérale et volumétrique. Mais si les maîtres ès hydrargyre savent ne pas confondre gramme et centimètre cube quand il s'agit de l'huile à 40 p. 100, et sont à peu près d'accord sur la quantité qu'il convient d'en injecter, on ne s'en douterait guère à les entendre. Pour évaluer cette quantité, beaucoup comptent par gouttes ; d'autres par divisions de la seringue ou du piston, sans spécifier s'il s'agit de la

seringue ordinaire de 1 centimètre cube, de la seringue d'Edmond Fournier, ou de celle dite « à huile grise » de Barthélemy ; quelques-uns parlent de tours de vis, pendant que le petit nombre emploie la seule numération vraiment logique : le centigramme.

Avec l'huile grise à 40 p. 100, cette évaluation pondérale est très simple, théoriquement du moins, que l'on emploie la seringue de Pravaz ordinaire, celle d'Edmond Fournier ou celle de Barthélemy.

Seringue de Pravaz ordinaire : Un centimètre cube d'huile grise pèse non pas 1 gramme, mais 1^{er},25 ; la quantité de métal qui s'y trouve contenu n'est plus dès lors de 40, mais de 50 centigrammes. La seringue de Pravaz ordinaire mesurant 1 centimètre cube renfermera ainsi 50 centigrammes de mercure. Si elle est divisée, comme elle l'est d'habitude, en 20 parties égales, chacune de ces 20 divisions représentera 2^{es},5 de mercure $\left(\frac{0,50}{20} = 0,025\right)$; si elle est au contraire divisée en 10 parties seulement, il va sans dire que la proportion de mercure par division sera double de la précédente, soit 5 centigrammes. $\left(\frac{0,50}{10} = 0,05\right)$.

Seringue d'Edmond Fournier : Chaque division correspond comme capacité, à une division de la seringue de Pravaz divisée en 20 parties égales, et renferme ainsi 2^{es},5 de mercure ; mais, comme le diamètre de cette seringue est très étroit, les divisions sont beaucoup plus espacées que dans la précédente et permettent conséquemment une mensuration plus rapide et plus exacte.

Ces deux seringues présentent une même cause d'erreur : elles n'ont pas prévu dans leur graduation la perte résultant du contenu des aiguilles, perte qui atteint 1^{er},5 avec l'aiguille de 5 centimètres, et 2 centigrammes avec l'aiguille de 7 centimètres.

Seringue de Barthélemy : Elle tient compte, dans la graduation de son piston, de la cause d'erreur que nous venons de signaler, et le médecin n'a pas à majorer sa prise d'essai pour avoir le chiffre de mercure qu'il se propose d'injecter. Elle dispense également de tout calcul : autant de divisions du piston, autant de centigrammes de métal injecté. Il suffit ainsi d'une simple lecture, elle-même facilitée par l'étendue de l'espace compris entre chaque division.

Note sur les injections d'huile grise.

Par M. HALLOPEAU.

Je demande à la Société la permission de lui exposer les résultats de mon expérience personnelle en ce qui concerne, pour l'huile grise, le choix de l'excipient, les doses à injecter et la technique opératoire.

Excipient. — Quelles doivent être les qualités d'un bon excipient? Ce sont, à notre sens, de *n'être pas irritant* par lui-même, de *masquer l'action irritante du mercure* et d'être fusible à une température relativement basse.

Or, l'huile de vaseline, qui est actuellement employée d'une manière presque exclusive, n'a aucun de ces trois mérites.

En effet, l'observation du mode de réaction que la peau oppose assez souvent à ce corps employé comme pommade montre qu'il exerce chez nombre de sujets une action irritante.

D'autre part, nous avons établi, avec M. Laffitte, qu'il n'atténue nullement l'action irritante des substances qui lui sont incorporées : c'est ainsi que l'acide phénique et l'acide tartrique, appliqués sur la peau sous forme de pommade exécutée avec la vaseline, y provoquent une vive irritation et qu'il n'en est pas de même si l'on se sert d'huile d'amandes douces ou d'olives.

Enfin la vaseline exige pour se dissoudre un chauffage au bain-marie.

Comment se fait-il que, malgré ces graves inconvénients, cette substance continue à être l'excipient de choix pour les préparateurs les plus expérimentés tels que notre collègue M. Lafay? c'est que jusqu'ici on ne pouvait lui opposer que des huiles promptes à rancir.

Or, d'après M. Duret, dont nous pouvons confirmer la manière de voir, il n'en est pas de même aujourd'hui : il vient d'établir en effet que la palmitine réalise tous les desiderata que nous venons d'indiquer.

Qu'est-ce que la palmitine? la note ci-jointe de M. Duret nous renseigne à cet égard :

La palmitine est un corps gras naturel existant dans diverses huiles végétales ; l'huile de palme retirée des fruits du palmier en contient une forte proportion ; les graisses animales sont composées en grande partie de palmitine, la graisse humaine notamment.

C'est un éther neutre de la glycérine (c'est-à-dire une combinaison d'acide palmitique et de glycérine), comme la plupart des autres corps gras.

Il existe plusieurs espèces de palmitine : la mono, la di et la tripalmitine, c'est-à-dire des éthers de la glycérine formés de 1, de 2 ou de 3 molécules d'acide palmitique. Le point de fusion de ces différentes palmitines est aussi différent.

La palmitine est soluble dans l'éther, le chloroforme, la benzine, la plupart des huiles, peu soluble dans l'alcool froid, soluble dans l'alcool bouillant, dédoublable par les alcalis, les acides et certains ferments solubles (la lipase, par exemple) en glycérine et acide palmitique ou palmitates alcalins suivant le milieu. Les palmitates de soude, de potasse et d'ammoniaque sont solubles dans l'eau comme les savons.

La palmitine ne rancit pas à l'air ; à l'humidité, au contact de l'eau, elle peut se dédoubler en glycérine et acide palmitique. Elle a donc le grand

avantage sur l'oléine d'être plus stable et de ne pas donner naissance à de l'acide oxyoléique qui est très irritant. A l'encontre des autres corps gras, c'est un corps bien défini dépourvu de principes altérables.

Nous nous sommes assuré que l'huile grise préparée avec la palmitine est fusible par la chaleur que dégage la paume de la main; nous avons reconnu de plus qu'elle masque, comme le font les autres huiles, l'action irritante des produits qu'on lui incorpore; enfin nous venons de voir qu'elle ne rancit pas: il y a donc tout avantage à l'employer en lieu et place de la vaseline dans la préparation de l'huile grise. On aurait pu craindre qu'en se résorbant trop rapidement elle ne donnât lieu à une surcharge momentanée des tissus par le mercure: l'expérience a établi qu'il n'en est rien.

POSOLOGIE. — Comme la plupart de mes collègues, j'emploie exclusivement une préparation contenant 40 p. 100 de mercure métallique. M. Duret propose d'abaisser à 8 p. 100 la proportion de mercure de telle sorte qu'un centimètre cube de la préparation ne renferme que 10 centigrammes de mercure. Suivant lui, les phénomènes de douleur et d'irritation locale que provoquent les produits usuels sont dus exclusivement à l'action irritante de la vaseline; ils ne se produiraient plus avec l'excipient palmitine; nous allons voir qu'ils peuvent être évités avec les doses fortes et nous considérons qu'il peut être dangereux d'injecter des quantités trop considérables de liquide; il faut toujours, en effet, avoir présente à l'esprit, malgré les précautions prises, la possibilité d'une injection intraveineuse, avec l'embolie pulmonaire qui en résulte; or, si cette embolie ne donne lieu qu'à des accidents passagers et non mortels avec les quelques gouttes de la préparation à 40 p. 100, elle pourrait être au contraire des plus dangereuses avec un volume plus considérable de liquide et, si, comme nous allons le voir, le nombre de centigrammes peut être de 14 pour chaque injection hebdomadaire, on arrive ainsi à des injections de plus de 2 centimètres cubes de liquide huileux, ce qui est excessif. Ajoutons enfin que M. Duret ajoute à son huile du *gaïacoloïde*, combinaison de gaïacol et de camphre, comme anesthésique et antiseptique. Or, l'anesthésie est inutile, car la douleur est presque nulle; pour ce qui est de l'action antiseptique, est-il besoin d'y avoir recours? Le mercure n'est-il pas par lui-même antiseptique? On sait, par expérience, qu'il est inutile de stériliser à nouveau les seringues qui ont servi aux injections; c'est là un argument en faveur de l'affirmative. Nous venons d'ailleurs de commencer dans notre laboratoire des expériences pour juger la question. Tout ce que l'on peut dire, c'est que, pratiquées aseptiquement, les injections intra-musculaires de l'huile grise à 40 p. 100 n'amènent jamais de suppuration. Le bien fondé de l'addition de *gaïacoloïde* nous paraît donc plus que douteux et nous proposons de substituer simplement la palmitine à la vaseline dans la préparation de l'huile grise

à 40 p. 100. M. Duret, dont la Société a déjà apprécié l'esprit inventif, aura rendu un service signalé en préconisant cette substitution.

Revenons à notre posologie.

Combien de gouttes d'huile grise à 40 p. 100 faut-il injecter et à quels intervalles? Jusqu'à ces derniers temps, je m'en étais tenu, comme la plupart de nos collègues, à trois ou quatre gouttes, selon le poids du sujet, tous les 6 jours.

On n'ose dépasser cette dose, par crainte des accidents de résorption tardive qui ont malheureusement été plusieurs fois mortels. Or, cette dose est insuffisante. *On peut, en effet, poser comme une règle de conduite l'élévation de la quantité à injecter de mercure au degré de tolérance du malade.* Ce but est-il atteint avec les IV gouttes d'huile grise à 40 p. 100 injectées tous les 6 jours? M. Dutot, dans ses communications si démonstratives au congrès de Lisbonne et, depuis lors, ici même, vient d'établir qu'il n'en est rien : c'est 14 centigrammes qu'il introduit dans les muscles d'abord tous les 5 jours, puis tous les 6 jours et enfin toutes les semaines pendant des mois sans accidents graves; notre dose ordinaire de IV gouttes ne représente donc que la moitié de la quantité tolérable; il en résulte que nos collègues et nous-même avons ainsi inconsciemment, par esprit de prudence, commis des fautes de thérapeutique qui, d'après les chiffres donnés, ont dû s'élever à des centaines de mille : nous sommes restés loin, en procédant ainsi, des tentatives qui ont pour objet de faire avorter la syphilis dans ses phases initiales; nous nous sommes exposé à voir la maladie, insuffisamment traitée, se localiser ultérieurement dans les centres nerveux dont la préservation doit constituer le principal effort de tout médecin appelé à soigner un syphilitique. J'ai eu récemment sous les yeux un fait qui m'a paru mettre en évidence cette insuffisance des IV gouttes : un de mes clients, atteint d'une syphilis à la période secondaire, présentait au gland une plaque indurée et rouge d'environ un centimètre de diamètre; pendant plus d'une année, cette lésion a persisté malgré plusieurs séries renouvelées, avec un mois de repos, d'injections pratiquées tous les 6 jours de IV gouttes d'huile grise, à tel point que j'en venais à me demander s'il s'agissait bien d'une manifestation syphilitique : or, sous l'influence d'un traitement par les pilules de proto-iodure, cette lésion a rapidement disparu.

Il résulte de ces faits que, si l'on ne veut pas que la cure par les injections d'huile grise soit un leurre, il est nécessaire d'élever les doses et d'arriver tout au moins à 10 centigrammes pour chaque injection hebdomadaire en même temps qu'à les renouveler pendant longtemps.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — Comment éviter le danger d'emmagasiement plus ou moins prolongé de masses mercurielles avec résorption ultérieure en quantité exagérée et production des accidents graves, parfois mortels qui ont été observés? Le point capital nous paraît

être d'éviter la formation des nodosités qui indiquent la persistance de foyers d'injection : avec le manuel opératoire généralement usité, on n'est pas à l'abri de ces accidents ; je les ai vus survenir après des injections pratiquées par des mains des plus expérimentées ; il faut donc rechercher une technique meilleure ; un progrès considérable nous paraît avoir été accompli par M. Duhot : il consiste, comme vous le savez, dans une injection d'air quelques instants après l'injection d'huile grise dans le même foyer. Depuis quelques semaines, nous appliquons ce procédé et nous sommes heureux de constater qu'il nous donne les meilleurs résultats, il ne se produit plus de nodosités.

Comme moyens adjuvants, nous conseillons, contrairement à ce que font la plupart des spécialistes, de retirer l'aiguille avec une extrême lenteur jusqu'à sa sortie des masses musculaires ; on évite ainsi le reflux dans le tissu cellulaire par le mécanisme de la pompe aspirante, du mercure déversé ; dans le même but, contrairement de même à des collègues très expérimentés et d'accord avec M. Le Pileur, nous faisons un massage de la partie où a été pratiquée l'injection, afin de disséminer le produit dans les interstices musculaires ; nous devons dire que ceux qui proscrivent ce massage le pratiquent sans le savoir, car ils autorisent le sujet à marcher de suite après l'injection et les contractions musculaires constituent un véritable massage du foyer.

Nous espérons, avec ces détails de technique, arriver sans danger aux fortes doses employées avec succès par M. Duhot.

Il va de soi que, s'il survient des accidents, il ne faut pas hésiter à enlever chirurgicalement les foyers résiduels de mercure.

C'est seulement grâce à cet ensemble de précautions que les injections peuvent rendre des services comparables à ceux que l'on obtient avec les pilules ou les frictions, qui doivent rester les méthodes usuelles.

M. EMERY. — Je demande à M. Hallopeau ce qu'il entend par gouttes d'une huile grise à 40 p. 100 ; il vaut mieux indiquer le nombre de centigrammes de mercure métallique injectés.

M. HALLOPEAU. — J'ai eu en vue les divisions de la seringue de Pravaz, mais je reconnais que c'est là un mode de langage défectueux, quelque usité qu'il soit.

M. DANLOS. — Le terme « gouttes d'huile grise » devrait disparaître de la posologie.

M. A. FOURNIER. — Je suis tout à fait d'accord avec M. Danlos sur la suppression du terme « gouttes d'huile grise ». En effet, j'ai pu m'assurer avec M. Lafay que la valeur d'une goutte varie dans des proportions considérables selon la température, selon l'excipient, etc.

Pharmacologie de l'huile grise (analyse d'une note de M. Duret).

Par M. DANLOS.

M. Duret, ancien interne en pharmacie de cet hôpital, et qui s'est spécialisé dans la pharmacologie dermato-syphilitique, m'a remis au sujet de l'huile grise une note très intéressante, que je résume pour la Société.

Il reproche aux formules actuelles de l'huile grise :

- 1° La variabilité de leur teneur en mercure ;
- 2° L'insolubilité de l'excipient ;
- 3° La stérilisation imparfaite du produit ;
- 4° Son homogénéité inconstante ;
- 5° Enfin, la douleur que cause l'injection.

Quelques-uns de ces reproches sont fondés, notamment la *variabilité du dosage*, puisque la proportion du mercure peut varier d'une formule à l'autre, depuis 5 jusqu'à 50 centigrammes par centimètre cube.

La critique relative à l'*insolubilité de l'excipient* habituel (vaseline, oléo-naphtine) est également justifiée puisque celui-ci est un produit minéral insoluble, insaponifiable, et par conséquent d'une résorption difficile. J'ajouterai que le défaut est d'autant plus sensible que la proportion de l'excipient est plus forte, et par conséquent la teneur en mercure plus faible. Avec des huiles fortes titrant 50 centigrammes par centimètre cube, l'inconvénient, bien que théoriquement réel, est sans importance, en raison du petit volume injecté.

La *stérilisation imparfaite* est un défaut inhérent à toutes les formules, et l'on ne conçoit pas qu'il en puisse être autrement, puisque cette huile, par sa nature même, ne peut supporter sans altération les procédés de stérilisation habituels. En pratique, le reproche est négligeable, ainsi que le prouvent les millions d'injections faites sans accidents, et l'on conçoit très bien en théorie que la masse du mercure assure au produit une asepsie suffisante. Quand on se sert de flacons de grand volume, où l'on est obligé de puiser souvent, à cette cause primordiale s'ajoute le risque de contamination résultant de l'ouverture fréquente et de l'introduction réitérée des seringues.

L'*homogénéité inconstante* n'est pas un défaut inhérent à l'huile bien préparée. Elle se produit secondairement, surtout quand la masse a été soumise à des fusions répétées ; et cette circonstance, comme le défaut précédent, impose la nécessité de diviser l'huile en petites masses dans de petits flacons. Après fusion et en raison de la lenteur plus grande de la réfrigération, le défaut d'homogénéité est bien plus sensible avec les huiles à titre faible qu'avec celles à teneur élevée. Sur des produits fournis par M. Duret, j'ai vérifié que l'homogénéité estimée grossièrement *de visu*, se maintient sensiblement, après fusion

suffisante, avec l'huile à 40 p. 100 et beaucoup moins bien avec celle à 10 p. 100.

Quant à la *douleur* produite par l'injection, nous savons tous qu'elle est pratiquement négligeable, et je pense que M. Duret ne l'a supposée que pour justifier dans ses formules l'introduction du gaïacol.

Pour remédier à ces inconvénients, M. Duret propose les modifications suivantes :

D'abord deux types d'huile grise, l'un contenant 10 centigrammes de mercure, l'autre 50 centigrammes par centimètre cube (huile dite à 40 p. 100). Le premier mélange contient, par centimètre cube, la dose moyenne d'une injection et permet l'emploi de la seringue de Pravaz ordinaire. Ce serait l'huile de sécurité destinée aux praticiens qui ne font guère d'injections. Elle a l'inconvénient de contenir beaucoup d'excipient pour peu de mercure, mais ce défaut, avec les formules de Duret, se réduit à son minimum. L'autre, destinée plus particulièrement aux médecins spécialisés, a l'avantage d'une grosse masse de mercure avec peu d'excipient ; mais elle exige une seringue de petit calibre (celles de Barthélemy, d'Ed. Fournier, etc.).

Pour obvier à l'emploi d'un excipient minéral de résorption difficile, dont la masse enrobant en quelque sorte le métal s'oppose à son absorption, M. Duret propose comme excipient le mélange en proportions convenables de deux substances, la tripalmitine et le gaïacoloïde. La palmitine, que l'on trouve dans le commerce à l'état de pureté, est un corps gras neutre, ne s'oxydant pas sensiblement à l'air sec ou humide à la température ordinaire. Ce corps fait partie des graisses normales de l'économie humaine et n'est pas, par conséquent, un corps étranger. Dans l'organisme il se saponifie rapidement en donnant des palmitates alcalins et de la glycérine. Le *gaïacoloïde* est un mélange de gaïacol et de camphre en proportion définie. Par le gaïacol, ce mélange communique à la masse injectable des propriétés analgésiques et antiseptiques d'ailleurs peu nécessaires ; d'autre part, le gaïacol est sans action nocive, ainsi qu'en témoignent les milliers d'injections faites avec avantage à des tuberculeux dont les reins n'étaient pas toujours en bon état. La note de M. Duret sur la manière dont il prépare sa masse injectable, sera peut-être trouvée un peu laconique par ses confrères pharmaciens ; je la reproduis textuellement :

« Le mercure purifié suivant le procédé du Codex est éteint mécaniquement dans de la lanoline purifiée (100 grammes d'hydrargyre pour 20 grammes de lanoline). Le mélange de gaïacoloïde et de palmitine, préalablement fait et en fusion, est agité petit à petit avec le mercure éteint. Quand la masse toujours agitée prend en refroidissant une consistance de sirop épais, on la divise dans des petits flacons, préalablement stérilisés au four Pasteur ; la préparation se prend

alors immédiatement en une masse solide. » Il serait désirable que M. Duret donnât sur son *modus faciendi*, et sur la proportion relative des corps qu'il mélange, des renseignements plus circonstanciés. Quoi qu'il en soit, les masses qu'il nous a fournies, constituées d'après ces principes, ont *a priori* l'avantage sur les masses à excipient minéral (vaseline, oléo-naphtine) d'être dans l'économie d'une résorption plus facile et de donner par conséquent une huile d'une activité plus grande. En outre, la proportion des composants a été déterminée de manière que la masse fonde à la température de la main. Un thermomètre placé dans ma main fermée marquant 34° 3 dixièmes, il a fallu aux petits flacons dans lesquels M. Duret divise son produit, moins de deux minutes pour que la masse entrât en fusion complète.

Ces petits flacons, en verre très mince, d'une contenance de 3 centimètres cubes à peu près, cylindriques de forme, larges d'ouverture, bouchés à l'émeri, terminés à leur extrémité fermée par une calotte sphérique et encastrés en outre dans une base de carton ondulé qui les rend stables, sont d'un emploi très commode. Ils ne contiennent avec l'huile à 10 centigrammes que la matière d'une injection ; avec l'huile à 50, que celle d'un petit nombre d'injections. Le flacon n'étant ouvert qu'une fois ou qu'un petit nombre de fois, la contamination de son contenu est facilement évitable, et cette disposition jointe aux propriétés antiseptiques du mercure, renforcées par le galacol, donne une grande sécurité. Le même dispositif remédie très heureusement au reproche de l'homogénéité inconstante, conséquence inévitable des fusions répétées que détermine l'emploi des flacons de grande capacité.

Je ne dirai rien de l'action analgésique du galacol, à laquelle M. Duret me semble attacher trop d'importance, car les injections d'huile grise bien faites sont habituellement indolores, et il n'y a certainement aucune raison pour que la substitution de la palmitine à la vaseline les rende douloureuses.

En résumé, je conclus que les préparations de M. Duret constituent par leur composition, leur fusibilité à la température de la main, leur présentation en flacons d'emploi très pratique, un progrès réel sur les préparations similaires ; mais je réclame plus de détails et surtout des détails plus précis sur la proportion des substances et le mode de préparation, de manière que chaque pharmacien puisse reproduire au besoin lui-même et contrôler le produit.

En terminant, je donnerai mes conclusions personnelles sur l'emploi thérapeutique de l'huile grise. Plusieurs de mes collègues se sont montrés partisans enthousiastes de ce médicament qui constitue, pour eux, l'agent idéal du traitement de la syphilis. A mon avis, c'est dépasser la mesure ; l'emploi de l'huile grise constitue un bon

traitement de la syphilis, mais n'est pas le traitement de choix. J'ajouterais presque que tout dépend du malade et qu'il n'y a pas de traitement de choix. En raison des accidents, rares mais trop réels qu'elle provoque parfois, je n'emploie pas l'huile grise comme méthode courante. Je la réserve aux malades qui, en raison des récidives incessantes de leurs accidents, ont besoin d'avoir en permanence un dépôt de mercure dans l'économie, et à ceux dont l'intolérance gastrique ne permet pas l'usage des pilules. Pour justifier l'emploi de l'huile grise à titre de méthode générale, il faudrait prouver qu'elle maîtrise plus vite les accidents et prévient plus sûrement leurs récidives. La première partie de cette proposition n'est pas exacte et la seconde n'est pas démontrée. Dans les syphilides secondaires rebelles (ex. : syphilides acnéiques ou micro-papuleuses généralisées), l'activité des injections solubles, dont je ne méconnais pas d'ailleurs les inconvénients, me semble supérieure à celle de l'huile grise; et cependant peut-être vaut-il mieux encore employer les pilules unies au traitement externe (pommade au biiodure). Dans les syphilides tertiaires tenaces, le calomel me paraît manifestement plus actif que l'huile grise. La question des récidives ne pourrait être tranchée que par une statistique personnelle qui demanderait, pour tenir compte des conditions nécessaires à sa validité, une telle somme de travail et une expérience si longue que je doute qu'on puisse jamais l'établir dans les conditions requises de valeur probante. Le jour où cette preuve me serait donnée, je serais le premier à proclamer la supériorité de l'huile grise.

Modifications à apporter à la posologie de l'huile grise.

Par M. EMERY.

J'ai exposé dans la dernière séance les raisons qui me font croire que la très grande majorité des accidents reprochés à l'huile grise sont dus à l'ignorance de la plupart des praticiens qui ne connaissent ni son dosage précis, ni sa teneur exacte en mercure métallique, ni les précautions qu'il est indispensable de prendre avant d'employer ce médicament. Il s'agit donc là d'une erreur fondamentale, grossière, qui peut, à mon avis, être évitée par le bref avertissement que je demandais aux pharmaciens de donner aux médecins, en indiquant d'un mot sur les étiquettes des flacons d'huile grise, que la dose maxima à injecter est, suivant le titrage de l'huile grise, de telle ou telle fraction de centimètre cube, par exemple.

Mais étant acquise cette première notion élémentaire et indispensable que l'huile grise est un médicament concentré dans la plupart des cas, qu'elle est par suite utilisable à petites doses, devons-nous

nous tenir pour satisfaits et considérer la posologie actuelle comme capable de remplir tous nos desiderata? Nous ne le croyons pas. Nous ne voulons pas entrer ici, car ce point concerne plutôt les chimistes et les pharmaciens spécialistes, dans les divers modes de préparation de l'huile grise. C'est à eux à rechercher les moyens propres à assurer la conservation de l'huile grise, le maintien prolongé de son homogénéité, de façon que le spécialiste qui ne veut pas employer d'ampoules, qui d'ailleurs sont par elles-mêmes pleines d'inconvénients, ne soit pas exposé à injecter des doses très variables de mercure métallique suivant qu'il puise le médicament dans les couches superficielles, moyennes ou profondes du flacon. Nous nous occuperons seulement de la posologie proprement dite de l'huile grise, telle que nous la donnent actuellement les pharmaciens, de son titrage, de sa teneur en mercure, dans le but d'opposer à la diversité manifeste des préparations que chaque pharmacien élabore suivant sa propre inspiration ou suivant les suggestions de quelque spécialiste de son entourage, d'opposer, dis-je, à ces préparations une huile grise unique, composée suivant des règles fixes avec un titrage immuable et reconnu mathématiquement exact par les plus hautes compétences en la matière.

En effet, que voyons-nous actuellement? La posologie est tellement bizarre, compliquée, variable suivant les diverses officines d'où sortent les médicaments, que les erreurs sont presque inévitables de la part des médecins qui n'ont pas fait de cette préparation une étude spéciale et de son emploi un usage habituel. L'arbitraire et la fantaisie règnent en maîtres et sous le nom d'huile grise, les pharmaciens préparent à leur gré des médicaments de densité très diverse. Que l'on demande de l'huile grise à plusieurs pharmaciens sans spécifier plus exactement la préparation que l'on désire, l'un vous donne de l'huile titrée à 40 p. 100, l'autre une huile à 16 p. 100, ou même un poids indéterminé de mercure contenu dans 1 centimètre cube de véhicule quelconque. Mais il y a mieux encore! Si vous fixez votre titrage, si vous ordonnez, par exemple, de l'huile grise à 40 p. 100, ici encore le médicament sera différent suivant le pharmacien, les calculs et les appréciations des meilleurs préparateurs ne concordant pas exactement. Et je vais vous en donner la preuve.

Si vous demandez à M. Lafay de l'huile grise à 40 p. 100, il vous donnera une huile qui contient, d'après lui, 0 gr. 50 de mercure métallique par centimètre cube. Cette même huile, d'après M. Pépin et les recherches faites par Roger-Cavaillès, contiendrait 0 gr. 55 de Hg. métal par centimètre cube. Enfin M. Vicario, sous le nom d'huile grise à 40 p. 100, vous délivre une huile qui, d'après lui, contient 0 gr. 40 de Hg. métal par centimètre cube. Ce sont là des divergences de détail qui n'ont pas grande importance dans la pratique, parce que

la divergence est minime et ne porte que sur une fraction de mercure qui ne saurait gêner en rien la thérapeutique courante. Elle n'en est pas moins très regrettable en ce sens qu'elle enlève à cette méthode la précision mathématique à laquelle elle nous semble avoir droit.

L'existence de seringues spéciales nous semble venir compliquer encore la question. Il ne suffit pas, en effet, au médecin de savoir que l'huile grise se donne généralement à petites doses, de savoir qu'il doit injecter 7, 8, 9, 10 centigrammes de Hg. métal par semaine; il faut encore qu'il sache sous quel volume est contenue dans les huiles grises cette quantité de métal. Il y a une huile à 40 p. 100 qui contient 2 cgr. 5 de Hg. métal par 1/20 de centimètre cube; il en est une autre à 16 p. 100 qui contient exactement 0 gr. 01 par 1/20 de centimètre cube. Mais il ne faut plus compter sur ce dosage si vous employez les seringues spéciales. Avec telle seringue, vous devrez compter tant de tours de vis pour arriver à la dose utile, mais à la condition d'employer une huile grise titrée de telle façon. Avec telle autre seringue, également calibrée tout à fait empiriquement, vous injecterez 1 centigramme de Hg. par division de la seringue, mais ce ne sera plus, comme tout à l'heure avec la seringue ordinaire de 1 centimètre cube, l'huile grise à 10 p. 100 qui vous donnera ce résultat, mais bien l'huile grise à 40 p. 100.

Comment s'y reconnaître dans tout ce fatras, si l'on n'est pas particulièrement expérimenté en la matière. Il est bientôt autant d'huiles grises que de pharmaciens, autant de façons de procéder, autant de seringues que de médecins.

Je pense donc qu'il est indispensable pour nous de clore ce débat en lui donnant la solution pratique qu'il comporte, c'est-à-dire en cherchant à établir d'une façon définitive la posologie de ce médicament. Je partage à cet égard l'opinion de M. Pépin, que je me permets de reproduire ici :

Tous les dosages sont dans la pratique et il devient de première nécessité de mettre de la précision dans la confusion que forment les différents modes de formuler.

Les dosages demandés sont de deux ordres :

A poids pour poids : les préparations les plus usitées contiennent 30 ou 40 p. 100 de leur poids de mercure métal.

A poids pour volume : les titrages habituels sont 0 gr. 08 et 0 gr. 20 par centimètre cube.

Le dosage en poids ne nous paraît pas heureusement choisi; le médecin a entre les mains un instrument de volume qui est une seringue hypodermique et il évalue en centigrammes la quantité de métal à injecter. Ce sont donc là les deux termes qui doivent intervenir dans la composition de la formule : poids pour le métal et volume pour la préparation à injecter.

Au reste, la thérapeutique en général a fait un effort pendant toutes ces dernières années pour modifier dans un sens analogue les indications

posologiques et il est courant de voir une formule de potion terminée par un énoncé de : véhicule q. s. pour tant de centimètres cubes. Sans entrer dans la discussion de cette question très générale, nous voyons qu'en syphilothérapie, l'huile biiodurée se prescrit à tant de milligrammes par centimètre cube, et non à tant de milligrammes par gramme. Pourquoi ne garde-t-on pas la même logique pour l'huile grise?

Avec une huile grise dosée à poids pour poids, toute variation de la densité entraînera une variation de la dose de mercure injectée, puisqu'en terme final, c'est un volume, c'est une division de seringue qu'on injecte même avec les seringues les plus spéciales. Une même division de seringue ne contiendra pas la même quantité de mercure avec des huiles grises de préparateurs différents, attendu que la densité des produits employés et celle des préparations ne sera pas la même.

Les auteurs spéciaux ne sont pas d'accord eux-mêmes sur les densités de l'huile à 40 p. 100, qui est la plus couramment employée. Je trouve effet comme limites les chiffres de 1 gr. 25 et de 1 gr. 42 comme poids du centimètre cube. Dans les notes de Cavailhès, je trouve mention d'essais faits, je crois, avec le Dr Edmond Fournier pour élucider ce point. Ils ont trouvé que le centimètre cube pesait 1 gr. 40, ce qui correspond pour l'huile à 40 p. 100 à 0 gr. 56 de mercure. Un dosage fait directement donnait 0 gr. 55 de Hg. Si la densité de l'huile grise est de 1 gr. 25, sa teneur en Hg. métal n'est plus que de 0 gr. 50 au centimètre cube. On voit donc la variation de 10 p. 100 que peut présenter une huile grise de même dosage en poids. Or, la seringue de Barthélemy n'est pas une seringue pour laquelle un dosage empirique assure une contenance de 1 centigramme par division quelle que soit la densité de l'huile employée. Chaque division de cette seringue contiendra donc forcément une dose de Hg. qui variera avec la densité.

Dans la pratique, tous les fabricants, et je m'en suis assuré hier encore chez Wulfling-Lüer, donnent comme seringue de Barthélemy une seringue de 1/4 de centimètre cube, portant 14 divisions, ce qui donne 56 divisions pour le centimètre cube. La seringue de Barthélemy ne sera donc précise que dans le seul cas de l'huile grise contenant 56 centigrammes de Hg. au centimètre cube, soit l'huile grise à 40 p. 100 de densité égale à 1,40.

Aussi, nous repoussons comme illogique toute formule d'huile grise dosée à poids pour poids. Chaque formule exigera, en effet, une seringue spéciale, laquelle ne sera précise qu'avec une préparation ayant une densité fixe et constante. Cela peut être possible à obtenir dans un service hospitalier, c'est impossible à réaliser dans la pratique de ville.

Nos préférences vont donc nettement aux préparations qui offrent un dosage à poids pour volume : avec celui-ci en effet, une huile grise pourra varier de volume, elle ne contiendra pas moins la même quantité de mercure par centimètre cube, chaque division de seringue de 1 centimètre cube ou de seringues spéciales de 1/2 centimètre cube, telle par exemple que celle d'Edm. Fournier, contiendra toujours la même quantité de Hg. quelle que soit la densité et quelle que soit la formule de la préparation.

Quelle concentration adopter dans ce mode de dosage?

L'huile grise à 0 gr. 08 par centimètre cube nous semble s'appliquer à

une seule méthode. Ne s'accordant pas avec le système décimal, elle ne sera pas pratique pour des injections de dose variée : à quoi correspondront 0.7 gr. 07, par exemple? En outre, lorsque des praticiens voudront injecter des doses élevées, 0 gr. 14 par exemple, comme le font certains syphiligraphes, ne sera-t-on pas amené à introduire dans l'organisme une quantité d'excipient vraiment superflue?

■ L'huile à 0 gr. 20 nous paraît beaucoup plus pratique. La seringue de Pravaz courante, qui contient un centimètre cube divisé en 20 divisions, contiendra 1 centigramme de Hg. par division. Une seringue à calibre étroit, telle que celle d'Ed. Fournier, offrira, bien entendu, plus de précision et sa contenance de 1/2 centimètre cube divisé en 10 lui assurera beaucoup d'autres utilisations chez le médecin non spécialiste.

Enfin, les doses élevées de 14 centigrammes n'amèneront l'introduction dans l'organisme que d'à peine 3/4 de centimètre cube de préparation, ce qui n'a rien d'exagéré si on considère que l'huile à 0 gr. 08, nécessitant l'injection de 1 centimètre cube d'huile grise, est acceptée par des syphiligraphes qualifiés.

Si toutefois des raisons physiologiques interviennent en faveur d'une concentration plus grande, nous admettrons volontiers un titrage supérieur, en demandant pourtant qu'il reste soumis au système décimal. Si on estime que la concentration de l'huile doit se rapprocher de celle à 40 p. 100 actuellement employée, il sera facile de constituer une huile à 0 gr. 50 de Hg. par centimètre cube. Une telle formule se rapprochera sensiblement de l'huile à 40 p. 100, mais elle aura l'avantage d'être d'une logique plus exacte et d'un dosage beaucoup plus constant. Pour terminer ces vues sur la posologie, nous demandons que la formule à poids pour poids soit abandonnée et que celle à poids pour volume lui soit substituée. Nous considérons comme la formule la plus pratique l'huile à 20 centigrammes par centimètre cube, tout en admettant très bien un titrage différent, pourvu qu'il soit décimal. Nous demandons à ce que des règles d'unification soient établies, qui indiquent au pharmacien quelle préparation doit être donnée sur la seule indication d'huile grise.

En résumé, si le thème général de l'introduction du Hg. métal dans l'organisme par voie hypodermique est encore à étudier, la question de la préparation de l'huile grise et des excipients à employer reste ouverte. Quant à la question de posologie, elle est d'une acuité qui exige qu'elle soit promptement solutionnée par les groupements compétents. Les sociétés médicales et pharmaceutiques doivent y apporter leurs soins. Peut-être y a-t-il lieu pour elles de prendre contact avec la commission du Codex qui doit mettre l'huile grise dans la nouvelle édition en préparation. En tout cas, il y a des règles à établir; il y va de l'avenir de la méthode et, mieux encore, de la sécurité immédiate des malades.

Je demande donc, conformément aux conclusions si judicieuses de M. Pépin, que la Société de Dermatologie nomme une commission composée à son choix de médecins et de pharmaciens expérimentés, chargée d'élaborer la ou les formules destinées à paraître au Codex. Comme M. Pépin, je pense que l'huile grise doit être titrée par poids

de métal pour une unité de volume déterminée. J'apporterai toutefois à ses conclusions ce léger correctif qu'il y a pour le praticien le plus gros intérêt à faire des injections concentrées, celles-ci étant beaucoup moins douloureuses et mieux tolérées. L'emploi du système décimal me paraît avoir sur tous les autres l'avantage de la simplicité, de l'universelle compréhension, et il permettrait, au choix des médecins qui désirent employer des solutions concentrées ou diluées, de les obtenir de concentration variable, mais toujours basée, sur le système décimal. Il y aurait, par exemple, une huile concentrée à 40 centigrammes par centimètre cube qui serait, je le répète, la plus recommandable à mon avis, — une huile moyennement concentrée à 0 gr.20 par centimètre cube, — et une huile diluée à 0 gr.10 par centimètre cube.

Ce seraient là des chiffres faciles à retenir par les médecins qui sauraient alors que, suivant le degré de concentration, ils en doivent injecter $1/4$, $1/2$, ou 1 centimètre cube comme dose maxima.

On m'objectera que les médecins qui font usage de seringues spéciales ne pourront pas se servir de préparations dont le titrage ne correspond plus au calibrage de leurs seringues. Mais il me paraît impossible d'accepter que, dans un débat d'une telle nature, il soit question de telle ou telle seringue spéciale. Bien des médecins ont fait construire pour leur usage des seringues dont ils se servent, dont tout autre initié peut se servir. Mais on ne saurait trop faire remarquer que ces seringues ont été construites empiriquement pour la commodité de certains médecins et qu'on ne pourrait, sans injustice évidente, choisir l'une plutôt que l'autre pour établir le titre d'une huile grise qui servirait pour ces seringues. Rien n'empêche de construire encore d'autres seringues, dont chacune pourrait avoir ses avantages spéciaux. D'ailleurs n'est-il pas évident que toute instrumentation réglée empiriquement, en dehors des règles du système décimal, peut prêter à des erreurs de fabrication? M. Duhot ne nous a-t-il pas présenté à la dernière séance une seringue de Barthélemy contenant exactement le double de la seringue ordinaire. Cette falsification est d'autant plus légitime que c'est là un dosage de fantaisie. Ce que nous comprenons, ce que nous devons admettre, c'est que, si nous prenons le système décimal comme base de la fabrication de l'huile grise, il soit tout à fait légitime de faire fabriquer des seringues qui rendent plus évidente, plus aisément appréciable, la quantité de liquide injectée : telle par exemple la seringue d'Edmond Fournier, seringue de $1/2$ centimètre cube dans laquelle les divisions sont plus espacées. Toute seringue qui, comme cette dernière, prendra pour base de sa graduation et de son réglage une division de centimètre cube, sera une commodité de plus et s'accommodera parfaitement de l'huile grise que nous voudrions introduire dans la thérapeutique.

M. ED. FOURNIER. — Je suis d'accord avec M. Emery et je pense que les titres de 10, 20, 40 centigrammes de mercure par centimètre cube d'huile permettraient de répondre à tous les besoins de la pratique.

M. HALLOPEAU. — Un seul type de dosage suffirait à la pratique et on éviterait facilement ainsi toute confusion.

M. EMERY. — Les titrages que je propose sont faciles à retenir.

M. LÉVY-BING. — Les considérations développées par M. Emery sont parfaitement justes en théorie. Mais, en pratique, il est à craindre que l'adoption de trois nouvelles formules vienne encore augmenter la confusion.

Le titrage décimal offre sans doute des avantages et peut être adopté. Mais pourquoi ne pas conserver la formule d'huile grise à 40 p. 100 ? Elle permet d'injecter de fortes doses de mercure sous un petit volume. Tout le monde sait que l'huile à 40 p. 100 contient 0 gr. 50 de Hg. par centimètre cube et une opération d'arithmétique bien simple permet de déterminer, avec n'importe quelle seringue, la quantité de Hg. à injecter. Si l'on emploie la seringue de Barthélemy, dont le prix est aujourd'hui très modique, on sait facilement la dose de mercure qu'on injecte, sans avoir recours à aucun calcul.

M. EMERY. — La seringue de Barthélemy est empirique ; sa teneur varie avec la fantaisie des fabricants. Puisque nous voulons une huile grise dont puissent se servir les praticiens, il ne nous faut pas préconiser des formules qui nécessitent des seringues spéciales, alors que tous les praticiens ont à leur disposition la seringue de Pravaz, dont ils ont l'habitude de se servir. C'est pourquoi je demande la substitution du titrage décimal au titrage arbitraire en usage aujourd'hui ; je propose donc de remplacer le titrage en poids pour poids par le titrage en poids pour volume. Le pharmacien n'aura plus qu'à indiquer sur le flacon la dose de mercure contenue dans un centimètre cube d'huile et la quantité maxima à injecter.

M. ED. FOURNIER. — L'adoption du titrage décimal proposé par M. Emery, permettrait d'éviter toute erreur. L'huile grise à 40 p. 100 employée aujourd'hui est peu pratique quand on veut injecter de petites doses, par exemple chez l'enfant.

M. LÉVY-BING. — Je ne demande pas mieux que d'adopter le dosage à 0 gr. 40 de Hg. par centimètre cube, au lieu de la formule actuelle qui est de 0 gr. 50 de Hg. par centimètre cube ; mais il faut s'entendre une fois pour toutes.

M. LAFAY. — Le titrage décimal est très commode. Le pharmacien pourrait indiquer sur l'étiquette la dose de mercure contenue dans une division de la seringue de Pravaz.

M. LENGLET. — Il est nécessaire, en effet, d'indiquer sur le flacon la quantité de mercure contenue dans un centimètre cube du mélange. La seringue de Barthélemy, dont l'emploi est très commode, pourra d'ailleurs

être utilisée avec une huile titrée en volume à un centigramme par division.

Je ferai remarquer que si on se sert d'une seringue de Pravaz à 10 divisions et de l'huile à 40 p. 100, il est extrêmement difficile d'injecter de petites doses de Hg. Il faut employer, pour ces petites doses, une seringue de calibre étroit et ayant un piston très long.

M. LAFAY. — Je suis d'accord avec ce que vient de dire M. Lenglet. Quand on se sert d'une seringue de Pravaz ordinaire, c'est-à-dire ayant un large corps de pompe et un piston court, il est presque impossible de déterminer exactement la dose de mercure injectée.

M. EMERY. — La plupart des seringues de Pravaz présentent 20 divisions et non 10 divisions. Mais je demande précisément qu'on adopte un type d'huile grise diluée qui puisse servir à l'injection de doses minimes de mercure.

J'insiste sur la nécessité de ne pas recommander des titrages nécessitant une seringue spéciale, seringue dont la teneur varie avec les fabricants.

M. LÉVY-BING. — L'emploi de l'huile grise n'est qu'exceptionnellement indiqué chez l'enfant. J'ai pu m'assurer que même avec la seringue de Barthélemy, il est difficile d'injecter de très faibles doses de Hg., quand on utilise l'huile grise à 40 p. 100 ; aussi j'avais demandé à M. Lafay de me préparer une huile moins riche en Hg. que j'employais uniquement chez les tout jeunes enfants. Mais nous abordons là un point tout à fait spécial, qui ne rentre pas dans le cadre de la discussion.

M. BALZER. — Il serait désirable que la discussion ne s'arrêtât pas d'avantage à une question d'instrumentation, mais plutôt à celle de la posologie et de la composition de l'huile grise.

M. EMERY. — On pourrait adopter deux types d'huile : l'un à 0 gr. 20, l'autre à 0 gr. 40 de Hg. par centimètre cube.

Étude d'une nouvelle formule d'huile grise.

Par M. LAFAY.

Sous le titre de : « *Note brève sur l'huile grise. — Ce qu'elle est, ce qu'elle doit être* », M. P. Duret appelait récemment l'attention de quelques Membres de la Société sur une huile mercurielle à base de palmitine, qu'il déclarait très supérieure à notre huile grise classique, « préparation dangereuse qui a causé de nombreux accidents irrémédiables, et cela tant au point de vue de son dosage que de sa préparation, et de son mode de présentation ». La formule dont M. Danlos vient de vous entretenir se rapporte précisément à cette huile spéciale. Elle n'est donc pas nouvelle, au moins pour quelques-uns de nos collègues ; mais comme elle diffère profondément de l'huile grise ordinaire, il est intéressant d'en faire une étude détaillée, parallèle à

celle que j'ai eu l'honneur de présenter à la Société au sujet de l'huile grise à 40 p. 100. Le produit préconisé doit répondre à la composition suivante :

Mercure purifié.....	0 gr. 10
Galacoloïd.....	0 gr. 20
Palmitine.....	Q. S. pour 1 c. c.

Cette formule présente à considérer : 1° la proportion du mercure ; 2° la nature de l'excipient ; 3° l'adjonction d'anesthésique ; 4° la préparation proprement dite.

1° *Proportion du mercure.* — La proportion de mercure qui dans les deux préparations habituellement utilisées est de 0,20 et 0,50 centigrammes tombe dans cette nouvelle formule à 0,10 centigrammes par centimètre cube.

La raison de cette modification est double : 1° la substance active est ainsi contenue dans l'unité de volume, le centimètre cube, ce qui dispense l'opérateur de l'emploi d'une seringue spéciale ; 2° on peut injecter la dose entière sans crainte d'accident.

En théorie, ces raisons semblent tout à fait plausibles ; mais il n'en est plus de même dans la pratique, qui est pour le thérapeute la considération dominante, car il faudra quand même une seringue pour injections huileuses si l'opérateur ne veut pas être contraint à chaque instant de dégraisser l'unique seringue qu'on lui suppose.

Mais là n'est pas le gros argument invoqué en faveur de cette préparation. Avec ce dosage, dit-on, les accidents deviennent impossibles car on peut injecter ainsi une pleine seringue sans dépasser la dose de 0,10 centigrammes de mercure. — Même avec l'huile à 40 p. 100, les accidents sont tout aussi impossibles si l'on utilise la seringue de Barthélemy, car elle ne contient que 0,14 centigrammes de mercure, chiffre couramment injecté par MM. Duhot, Queyrat, Eudlitz, etc... Quant aux cas de mort publiés en 1906, par quelles doses de mercure sont-ils supposés avoir été occasionnés ? Dans 3 observations sur 7, c'est-à-dire dans les seuls cas où l'on paraisse savoir à peu près le poids du métal injecté, ce chiffre a été seulement de 0,06 à 0,07 centigrammes à chaque injection ! Le semblant de garantie qu'on croit résulter de l'emploi des doses faibles est donc aléatoire.

Mais il y a plus : Comment M. Duhot, comment M. Queyrat, etc., s'y prendront-ils demain, pour injecter 0,14 centigrammes de Hg. avec une huile qui n'en contiendra que 0,10 ? Faudra-t-il qu'ils fassent ce qu'on réprouve aujourd'hui : acheter une nouvelle seringue de 2 centimètres cubes, ou bien pratiqueront-ils une double injection ? Mais là où l'opération se complique encore, c'est quand M. Duret nous dit que « cette huile grise sera livrée en tubes spéciaux pour une seule dose ! » Il faudra donc à chaque fois 2 flacons ! Nous verrons

tout à l'heure, à propos de la palmitine, où cette thèse nous conduit !

Et ce n'est pas tout encore ! Admettons que dans un an, deux ans... cette dose hebdomadaire de 0,14 centigrammes de métal, aujourd'hui considérée comme excessive par plusieurs de nos collègues, soit admise comme normale ! laissera-t-on se continuer pour tout le monde les inconvénients que je viens de signaler à propos de MM. Duhot et Queyrat, et qui nous semblent, à l'heure actuelle, d'autant plus négligeables qu'ils ne nous gênent pas personnellement, ou bien alors fera-t-on une nouvelle formule à 0,14 centigrammes par centimètre cube ?

J'arrive maintenant à une question non plus théorique, mais pratique : celle de la tolérance, question capitale quand il s'agit d'injections mercurielles. Dans une première notice, j'ai écrit : « ... Et encore n'avons-nous pas l'intention de comprendre dans l'énumération des transformations successives de l'huile grise les multiples dilutions à 5, 6, 7, 10, 12 centigrammes de Hg. par centimètre cube, dilutions que nous avons été, je crois, les premiers à expérimenter systématiquement, M. le Dr Sabouraud et moi, il y a 7 à 8 ans, et que nous avons bientôt abandonnées, parce que *beaucoup moins bien tolérées* que le produit à 40 p. 100, dont on n'injecte qu'un très petit volume... » On pourra nous objecter que la préparation était défectueuse, que la technique laissait à désirer, que nous sommes tombés sur une mauvaise série, raison qu'on est parfois heureux d'invoquer quand on n'en a pas d'autre à faire valoir. Soit ! Mais voilà que ce que j'écrivais en octobre n'est plus vrai aujourd'hui.

Ce que je ne savais pas, c'est que nous n'étions pas du tout les premiers à expérimenter ces dilutions, ainsi que M. Vigier me l'apprenait il y a quelques jours. Barthélemy et lui ont fait ces mêmes essais il y a une dizaine d'années, et les ont, eux aussi, bientôt abandonnés *en raison de l'intolérance*.

Ainsi donc voilà une série d'expériences commencées avec les mêmes intentions, dans des conditions analogues, et qui aboutissent aux mêmes résultats négatifs. C'est du reste la constatation de ces résultats mauvais qui avait empêché MM. Barthélemy et Vigier de publier leurs expériences, comme elle nous a arrêtés, M. Sabouraud et moi.

Mais qui plus est, la formule précitée n'a même pas le mérite de la nouveauté en ce qui concerne le chiffre du mercure. Il y a beau temps qu'elle a été préconisée par Neisser (de Breslau)... et peut-être même n'y a-t-il pas beaucoup moins longtemps qu'elle a été abandonnée, car je la crois à peu près totalement ignorée, pratiquement du moins, de la plupart d'entre nous. De sorte que vraisemblablement pas plus MM. Barthélemy et Vigier, il y a 10 ans, que M. Sabouraud et moi, il y a 8 ans, que MM. Duret et Danlos aujourd'hui, nous

n'avons rien inventé. La formule à laquelle on nous propose de revenir est depuis longtemps jugée et condamnée, pour ce qui est du pourcentage en mercure.

Reste un dernier argument qu'on ne saurait trop rappeler, car il a sa valeur. Je demande l'avis de MM. Jullien, Queyrat, Charmeil, Duhot, Lévy-Bing, Eudlitz, etc..., pour ne citer que ceux des membres de la Société ayant pris part à cette discussion. Je demande à ceux qui « font de l'huile grise à 40 p. 100 », pour employer une expression consacrée, s'ils sont disposés à abandonner ce pourcentage qu'une longue expérience leur a démontré supérieur à tout autre, poursuivre, dans une voie en apparence nouvelle tant elle est oubliée, quelques collègues qui me semblent bien être ici la minorité, sinon par le nombre des voix, du moins par le nombre des injections.

En résumé : nous avons une huile grise à 0,50 centigrammes de Hg. par centimètre cube, et une à 0,20 centigrammes ; on vous en propose une troisième à 0,10 centigrammes, dosage qui non seulement n'est pas nouveau, mais qui semble en outre avoir été unanimement abandonné après expérimentation. Entre ces trois dosages, lequel va-t-on choisir ? Je serais curieux de le savoir, car alors je me risquerais peut-être à commettre une petite indiscrétion, et à vous apprendre que dans le Codex français, actuellement en cours d'impression, figurera une quatrième formule d'huile grise, très différente à tous points de vue de celle actuellement proposée par les novateurs.

2° *Nature de l'excipient.* — La nature de l'excipient choisi dans la nouvelle formule n'est plus pour me surprendre aujourd'hui. Il n'en fut pas de même à la lecture des *Annales des maladies vénériennes* de février dernier, où se trouvait cette phrase qui d'un coup renversa tout ce que l'on m'avait autrefois enseigné : « A la vaseline qui sert habituellement de véhicule pour les injections, l'auteur a substitué la palmitine. Cette dernière est un corps gras neutre, retiré de l'huile de palme, et qui présente sur la vaseline l'avantage de ne pas rancir et de se solubiliser dans l'organisme » (p. 125). Passe encore pour la solubilisation ! Mais un corps gras véritable qui ne rancit pas, et la vaseline, carbure d'hydrogène, qui rancit ; nous voilà vraiment loin des classiques. La question vaut qu'on s'y arrête, n'est-il pas vrai ?

Quand M. Balzer, en 1890, quand M. Neisser, vers la même époque, modifiaient, sans s'être au préalable concertés, la formule de Lang dans un sens absolument identique, ils ne s'inspiraient pas du seul désir de changer ; ils avaient une raison, et cette raison était la suivante : l'huile primitive de Lang n'était pas seulement trop épaisse, contenant presque parties égales de lanoline (3 p.) et d'huile d'olive (4 p.), elle présentait surtout un grave inconvénient, un vice rédhibitoire : elle rancissait. Et pourquoi rancissait-elle ? Parce qu'elle contenait un corps gras véritable, l'huile d'olive. Ce qui était vrai et

chimiquement démontré en 1890 et jusqu'en ces dernières années, ne l'est-il plus aujourd'hui?

On le croirait d'après ce qu'on vient de nous dire, bien qu'on ne nous donne à ce sujet ni références, ni indications quelconques. Cette théorie toutefois peut se soutenir et voici comment : « Lang employait un produit complexe, l'huile d'olive ; M. Duret utilise bien aussi un corps gras proprement dit, mais un corps gras simple, un éther de la glycérine et non un mélange d'éthers de cet alcool.

Qu'est-ce en effet que la palmitine? C'est un corps gras véritable formant avec la stéarine et l'oléine le principal élément de la plupart des graisses naturelles. Elle est, comme tout corps gras, susceptible de se saponifier sous les influences les plus diverses, en régénérant la glycérine avec mise en liberté d'un acide gras, l'acide palmitique.

La palmitine, nom peut-être un peu nouveau pour quelques-uns de nos confrères, est beaucoup plus connue sous son ancien nom de *margarine*. Ces deux noms, palmitine et margarine, ont été pendant assez longtemps considérés comme synonymes ; il n'en est plus ainsi depuis qu'on a reconnu que la margarine n'était pas un produit pur et défini, mais un mélange de stéarine et de palmitine. Le nom de margarine est alors disparu, et l'on a réservé l'appellation de palmitine au corps solide, neutre, se présentant sous forme de petits cristaux d'un éclat nacré, insoluble dans l'eau, presque insoluble dans l'alcool froid, un peu plus dans l'alcool bouillant, mais facilement soluble dans l'alcool très chaud.

Cette palmitine a des caractères physiques qu'il est très important de préciser pour la compréhension de ce qui va suivre. D'après Schœdler, en fondant, elle présente, comme le soufre, un phénomène particulier : qu'elle soit naturelle ou obtenue synthétiquement, elle n'a pas seulement un point de fusion, mais trois. A 46°, elle commence par devenir liquide et transparente, pour se solidifier à nouveau, même si on continue à chauffer plus fort. A 61°,7, elle fond provisoirement, puis se resolidifie encore une fois, et *ce n'est qu'à 62°,8 qu'elle reste liquide d'une façon permanente. Si on la laisse alors refroidir, elle se prend en une masse transparente, creuse et cassante.*

Ainsi donc voilà le corps qui, d'après MM. Hallopeau, Danlos et Duret, a tous les avantages des corps gras sans les inconvénients : la palmitine en effet ne rancirait pas. Je demande la permission de poser une simple question : sur quelle expérience repose cette affirmation? ou sur quelle autorité s'appuie-t-elle?

Et ici je tiens à bien préciser, pour que dans la suite on accorde aux mots leur signification véritable. Que la palmitine, corps solide, ne rancisse pas sous cet état, c'est bien possible, mais encore faut-il qu'on nous en fournisse la preuve.

Toute différente est la palmitine dont il est ici question, c'est-à-dire

la palmitine transformée au point que sa température de fusion s'abaisse de moitié, puis, sous cette forme, battue au contact de l'air, divisée à l'infini, et maintenue un temps variable au contact de l'oxygène emprisonné durant le battage. Autrement dit, il ne faut pas que la discussion s'égare, et qu'on me fasse ainsi confondre palmitine, corps défini, avec le mélange qu'on nous propose, à base de palmitine.

Quand un corps gras s'écarte à ce point de la règle classique, commune à tous les corps gras, il n'est pas admissible, en effet, qu'un fait aussi curieux n'ait pas été signalé, surtout quand la synthèse de ce corps a été réalisée par un chimiste qui a nom Berthelot! Je ne nie pas le fait, je demande simplement par qui il a été établi. C'est là un détail qu'on a oublié de nous faire connaître, malgré son intérêt capital.

Quoi qu'il advienne, il est un autre fait qui n'a pas besoin d'être démontré à nouveau : c'est que la palmitine, éther palmitique de la glycérine, se comportera vis-à-vis des réactifs chimiques comme un éther de la glycérine, c'est-à-dire qu'il sera, dans certaines conditions, saponifié avec régénération de ses deux composants, la glycérine et l'acide palmitique. Or, quelles conditions plus contraires à la thèse de nos collègues et plus favorables à la mienne peut-on rêver que celles dans lesquelles nous nous trouvons? Dans la préparation de l'huile grise, le corps gras est d'abord exposé au contact de l'air durant toute l'opération du battage, mais là ne s'arrête pas l'action de l'oxygène. Elle se poursuit en effet longtemps après, peut-être même indéfiniment, et dans des conditions d'autant plus propres à faciliter son action oxydante qu'il est incorporé au mélange et en quelque sorte emprisonné et comme interposé entre les particules infiniment ténues du corps gras. C'est pour cette raison, raison vitale pour le produit, que j'écrivais précédemment : « Les substances composant l'excipient devront être aussi inaltérables que possible, et surtout ne pas rancir, de façon à assurer au produit une conservation facile, complète, et pour ainsi dire indéfinie. » C'est grâce à cette précaution que depuis des années je conserve des échantillons d'huile grise qui sont demeurés en parfait état. Pour un médicament de longue haleine, comme l'huile grise, la difficulté est en effet beaucoup moins dans la préparation que dans la conservation ; c'est ce qu'il importe de ne pas perdre de vue.

Mais ce n'est pas tout. Il y a encore, contre l'emploi de la palmitine, deux points intéressants à élucider : le premier est relatif à la température de fusion ; le second est tiré du prix d'achat de ce produit. Nous verrons, à propos de la préparation proprement dite, ce que valent ces deux arguments.

Je ne reviendrai pas sur l'excipient proposé dans ma notice, excipient légèrement modifié dans la formule communiquée par M. Queyrat à la Société médicale des hôpitaux, et qui a fait des milliers et des

milliers de fois ses preuves. On ne l'a du reste pas attaqué directement. M. Duret n'en veut qu'à la vaseline et à l'huile de vaseline, « corps insolubles dans l'organisme, provoquant des enkystements qui, un beau jour, pour une raison souvent inconnue (irritation, choc, massage) envahissent l'organisme d'un flot de mercure!... » (page 1 de sa notice). Mon collègue semble ici confondre les injections bien faites, qui ne donnent généralement lieu à aucun nodus, avec les piqûres mal faites qui occasionnent fréquemment des nodi. La faute en effet, dans la majorité des cas, est moins au produit injecté qu'à la technique. Tout le monde, je crois, est à peu près d'accord sur ce point.

Mais que vaut, au point de vue douleur et tolérance, l'excipient qu'on nous présente? Pour ce qui est de la tolérance, il n'est pas douteux qu'elle ne soit inversement proportionnelle au volume injecté, toutes choses égales d'ailleurs, bien entendu; or on nous propose d'injecter 1 centimètre cube là où nous avons la facilité de n'injecter qu'un quart de centimètre cube tout au plus! A ce point de vue donc, la conclusion est facile à tirer.

Reste la question douleur. MM. Hallopeau et Danlos viennent de critiquer l'excipient à base de vaseline « qui ne masque pas l'irritation des produits qu'on lui incorpore », dit M. Hallopeau. La réponse est facile. Les injections d'huile grise ne se comptent plus aujourd'hui par milliers, mais par centaines de mille! Sont-elles irritantes? Non, quand elles sont faites convenablement. Or, elles sont cependant à base de vaseline et d'huile de vaseline, avec ou sans lanoline. L'expérience de tous les jours n'est donc pas pour donner raison à nos collègues. Au reste, on ne voit pas quelle irritation l'excipient peut bien avoir à masquer quand il s'agit d'huile grise. Sans doute un excipient capable de masquer l'irritation des produits qui y sont incorporés, réaliserait un progrès considérable, mais c'est là un espoir qui, je le crains, risque de demeurer chimérique longtemps encore. Le plus qu'on puisse demander à un excipient, c'est qu'il soit indolore et d'une tolérance suffisante. L'excipient lanoline et huile de vaseline avec ou sans vaseline, répond parfaitement à ce desideratum. En est-il de même de l'excipient à la palmitine? Je l'ignore, n'ayant à ce sujet aucune expérience personnelle, mais la formule préconisée n'est pas faite pour encourager: on corrige cet excipient par addition d'un analgésique (0 gr. 20 de gaiacol camphré pour moins de 0 gr. 80 de palmitine). C'est donc qu'il est mal toléré ou douloureux! Il serait difficile d'imaginer un argument plus péremptoire.

3^e Addition d'analgésique. — En 1901, j'ai montré ici même que certaines huiles biiodurées étaient fréquemment additionnées de gaiacol, afin d'en atténuer la douleur immédiate. L'année suivante, la thèse de Lévy-Bing mentionnait que j'avais signalé le camphre dans les huiles au calomel venant d'Italie. La même année, M. le

D^r Rouffilange associait dans le cas d'injections huileuses douloureuses (huiles biiodurées, huiles au sublimé, etc.), le camphre et le gaiacol.

Trois ans après, M. Griffon présentait à la Société de Dermatologie des préparations insolubles, huileuses, additionnées d'un corps nouveau, le gaiacoloïd, combinaison moléculaire de camphre et de gaiacol. J'eus l'honneur de faire remarquer qu'il n'y avait guère là de nouveau que le nom. On m'objecta, sans en fournir d'ailleurs, ni à ce moment-là ni depuis, aucune preuve, que la combinaison camphre-gaiacol. se comportait différemment suivant qu'elle avait lieu avant ou après sa dissolution dans l'huile. Quoi qu'il en soit, c'est cette combinaison, non pas nouvelle comme on le dit, mais antérieure même à l'expérimentation thérapeutique du D^r Rouffilange en 1902, qu'on nous propose d'utiliser comme analgésique.

A propos de l'utilité d'associer à l'huile grise un adjuvant ou un correctif, nous savons que l'adjonction d'un analgésique est pour le moins inutile : tel est du moins l'avis qu'émettait ici-même notre collègue Lévy-Bing, à la séance de janvier 1905, à propos de la présentation d'une huile grise rendue indolore au moyen d'un anesthésique : « L'huile grise bien préparée et injectée selon les règles, n'est jamais douloureuse, disait-il ; il y a lieu de s'étonner qu'on recherche un moyen de la rendre indolore, alors qu'elle l'est déjà naturellement. » Tous les praticiens savent en effet que l'injection d'une bonne huile grise ne s'accompagne généralement d'aucune douleur immédiate ; et, sans vouloir faire de réclame, je n'hésite pas à déclarer qu'il y a parmi vous nombre de collègues à pouvoir affirmer que les choses se passent ainsi avec l'excipient dont je vous garantis la formule intégrale, sans sous-entendu, ni tour de main. Ainsi donc l'addition d'un analgésique est pour le moins inutile.

J'ai du reste à vous offrir une opinion des plus intéressantes en l'espèce : celle de M. Danlos lui-même. Dans une discussion relative aux injections mercurielles (Soc. de Thér., 8 novembre 1905), M. F. Vigier ayant fait remarquer que l'on pouvait, contre la douleur, utiliser le gaiacol ou le camphre, mais que « si l'opération était bien faite on n'observait aucune douleur », M. Danlos répondait : « Cela est vrai avec l'huile grise, mais avec le calomel on a souvent des nodosités, quoi qu'on fasse. Si l'on ajoute un anesthésique, gaiacol ou autre, ce dernier est rapidement absorbé, alors que la douleur due au calomel n'apparaît que 36 à 48 heures après l'injection et dure plusieurs jours. L'effet anesthésique a disparu longtemps avant que la douleur commence à se manifester. »

Voilà donc un double aveu : 1^o que l'huile grise bien faite et bien injectée est indolore ; 2^o que l'effet anesthésique a disparu longtemps avant l'apparition de la douleur qui, pour le calomel, apparaît 36 à 48 heures après l'injection.

Pourquoi, dès lors, cette addition d'analgésique, si elle est doublement inutile? Ce ne peut être contre les douleurs tardives, puisqu'elles ne se produisent guère que du 2^e au 3^e jour! Ce ne peut être pour agir au bout de 36 à 48 heures, puisque l'élimination du gaïacol atteint son maximum au bout de 5 à 6 heures (Sciolla), pour être à peu près complète en 24 heures (Linossier et Lannois). Mais si ce n'est pas contre les douleurs tardives, c'est donc contre les douleurs immédiates, douleurs qui ne peuvent alors incomber qu'à l'excipient, ainsi que nous le faisons observer précédemment.

Je vais plus loin. Cette addition, doublement inutile, est-elle inoffensive? On nous dit en effet: « C'est un analgésique puissant, non toxique. » Sans doute, il ne tue pas, mais pour qu'un corps soit toxique, il n'est pas nécessaire qu'il donne la mort en quelques heures; il suffit qu'il la prépare ou qu'il la facilite. Une dent cariée, une gencive ulcérée, ne sont pas non plus des éléments toxiques au sens strict du mot, ce qui ne les empêche pas néanmoins d'avoir à leur passif plus d'un cas de mort par stomatite gangreneuse. Il faut et il suffit que le gaïacol intervienne comme cause d'irritation rénale. Or le gaïacol appartient à la classe des phénols: c'est de la méthylpyrocatechine, phénol diatomique. Au point de vue toxique, les lésions qu'il détermine paraissent identiques à celles causées par la créosote et le phénol (Guinard). Ces corps s'éliminent en grande partie par les urines, et vous avez tous vu la coloration plus ou moins noirâtre prise par l'urine des sujets atteints d'intoxication phénolique même légère. N'est-il pas à craindre, dès lors, qu'une injection hebdomadaire de gaïacol n'ait à la longue sur le rein, une répercussion fâcheuse? Or, en syphilithérapie, quel organe doit être ménagé et surveillé autant que le rein? Il est la barrière qui, suivant son fonctionnement bon ou mauvais, permet d'éviter ou occasionne au contraire l'intoxication et la mort.

Cette action du gaïacol sur le rein n'est pas une vague supposition pour les besoins de la cause que je soutiens: Desplats a montré, en 1894, à la Société médicale des hôpitaux, que le gaïacol agit comme *diurétique, même en applications locales*; la diurèse se manifeste dès le 3^e jour, et atteint parfois des proportions considérables: jusqu'à 5 litres dans un cas.

M. Danlos, pour montrer l'« exagération » de mon assertion, m'objecte les doses autrement importantes de gaïacol administrées aux tuberculeux sans qu'il en résulte d'accidents du côté du rein. — L'objection est spécieuse et pourrait influencer d'autres praticiens que vous. Mais dans une Société comme celle-ci, dont tous les membres sont plus ou moins syphiligraphes, cette objection tombe d'elle-même en voulant comparer deux choses qui ne sont pas comparables. Qu'y a-t-il de commun, en effet, entre l'élimination du gaïacol chez un

tuberculeux, où cette élimination constitue *tout* le surcroît de travail du rein, et ce *même travail* imposé à un rein qui est peut-être déjà *touché par la syphilis* et qui doit *suffire en outre à l'élimination d'un poison : le mercure* ? M. Danlos compare, en somme, l'élimination du gaïacol *isolément*, et celle de ce même corps *associé au mercure, chez un syphilitique* ! L'énoncé seul de cette objection tient lieu de réponse.

Ainsi donc, pendant que M. Duhot donne le lait en boisson à ses syphilitiques en traitement, afin de mieux ménager leur rein, ce qui lui permet d'injecter sans accident 14 centigrammes de métal par semaine, pendant 10, 15 et même 20 semaines consécutives, on vous propose de leur injecter des dérivés phénoliques ! Il est vrai qu'on vous offre comme compensation d'abaisser le pourcentage en mercure de 0,50 à 0,10 centigrammes.

4^o *Préparation.* — J'en ai fini avec les éléments constitutifs de la formule de M. Duret pris en particulier ; il nous faut maintenant considérer brièvement la préparation elle-même, dans son ensemble. Supposons, si vous le voulez, tout ce que je viens de reprocher à cette formule comme complètement négligeable, théoriquement et pratiquement ; vous libellez alors la formule telle qu'on nous la présente, et vous la donnez à réaliser à votre pharmacien ou à votre interne en pharmacie. Que va-t-il se passer ? Rien que de très ordinaire, me direz-vous ; on exécutera purement et simplement l'ordonnance. — Eh bien, pas du tout ! on vous répondra qu'on ne peut pas exécuter l'ordonnance, et cela, pour deux raisons qu'il me reste à vous exposer.

La première raison, je me hâte d'en convenir, sera de courte durée, du moins pour le pharmacien de ville. Il vous fera attendre assez longtemps votre médicament, mais *ce n'est pas la faute* ; il apprendra à ses dépens et à sa surprise qu'on ne trouve pas facilement de palmitine *pure* sur la place de Paris et qu'on est obligé de la faire venir d'Allemagne, ainsi que vous pouvez le constater par l'échantillon que je vous présente. Une fois cette difficulté vaincue, l'inconvénient ne se reproduira plus, et le pharmacien sera constamment à même de vous donner satisfaction, sur ce premier point du moins.

À l'hôpital, les choses se passeront tout différemment, et je crains bien que le comité des médicaments à l'Assistance publique n'oppose un veto formel et définitif à votre demande. Vous en serez moyennement surpris quand on vous répondra que la palmitine coûte de 6 à 700 francs le kilogramme.

Ce prix présente même une particularité très intéressante à considérer, mais dans un ordre d'idées qui n'a rien de scientifique ; je ne m'y arrêterai pas quant à présent, et j'arrive immédiatement à la seconde raison que je vous ai annoncée plus haut.

Cette seconde raison diffère de la première en ce qu'elle est la même

pour le pharmacien de ville et l'interne en pharmacie, et en ce qu'elle n'est pas passagère mais permanente.

Prenez de la palmitine pure, fusible à 62°; ajoutez-y une combinaison moléculaire de camphre et de gaiacol dans les proportions indiquées par la formule, soit 0 gr. 20 de l'anesthésique et quantité suffisante de palmitine pour compléter 1 centimètre cube; opérez un mélange intime et dites-nous à quelle température se produit le point de fusion. — A la température de la main, répondent les auteurs. — Possible, si l'on a la main assez chaude, mais pour cela il faut qu'elle atteigne 55°! Alors? — Alors... je ne sais plus! M. Duret dit bien quelque part dans sa « *Note brève sur l'huile grise* » « qu'il éteint mécaniquement le mercure avec des traces de lanoline purifiée, sans addition de corps étrangers ». Il est vrai que la lanoline, qui semble ainsi faire partie de la préparation, n'est cependant pas mentionnée dans la formule, mais ce ne sont pas « des traces (1) de lanoline purifiée » qui abaisseront le point de fusion de 55° à la température de la main. — Alors? Alors!... ni le pharmacien, ni l'interne en pharmacie ne pourront exécuter l'ordonnance s'ils ne sont pas plus adroits que moi. Je tiens, à ce propos, à bien faire observer que je n'incrimine personne, si ce n'est moi-même, de mon manque d'habileté. Je constate un fait : j'exécute la formule de M. Duret telle qu'on nous la communique, soit par écrit, soit de vive voix, et j'arrive à un résultat très différent de celui qui nous est annoncé ; je ne dis rien de plus.

Cette question pourra, du reste, être élucidée prochainement. M. le Président va en effet demander la nomination d'une commission chargée de synthétiser toute cette discussion et d'établir une formule, unique j'espère, et définitive, d'huile grise.

J'apporterai de la palmitine (celle-ci est parfaite et fond à 62°), une combinaison moléculaire de camphre et de gaiacol, et du mercure purifié. Un opérateur sera désigné pour réaliser la formule telle qu'on nous la donne. J'apprendrai ainsi comment, avec un corps qui fond à 62°, on arrive, sans addition autre que celle de gaiacol camphré, à obtenir un produit fusible à une température moitié moindre, celle de la main.

D'autre part, comme une des qualités essentielles d'une préparation officinale est d'être facile à exécuter par tout pharmacien, on profitera

(1) M. Danlos vient de préciser ce qu'il convient d'entendre par « traces de lanoline ». Le poids de lanoline employé par M. Duret est de « 20 grammes pour 100 grammes de mercure ». Comme il y a seulement 10 centigrammes de mercure dans la formule préconisée, le chiffre de lanoline se trouve ainsi être de 2 centigrammes : $\left(\frac{20 \times 0,10}{100} = 0,02 \right)$. C'est là un détail important à considérer, car il montre que cette proportion de lanoline ne suffit pas à abaisser le point de fusion de 55° à 30° environ.

de cette opération pour fixer un point de détail que nos collègues ont encore négligé. Au lieu d'écrire comme ils le font : palmitine... quantité suffisante pour 1 centimètre cube, ce qui complique singulièrement le travail, la palmitine n'étant pas commodément mesurable *en volume*, puisqu'elle est pulvérulente, on évaluera *en poids* cette quantité suffisante, de façon, je le répète, à préparer autant que possible la besogne aux confrères, et à rendre la formule facile à réaliser. C'est ce que j'ai eu grand soin de faire dans l'énoncé de celle que j'ai publiée.

Pour donner à cette expérience toute sa valeur, et montrer que cette discussion a bien pour but de servir la question de l'huile grise, et non de s'en servir, je demande à M. le Président la permission de soumettre à la Société un vœu exprimé ici-même, en novembre dernier, par M. Danlos : notre collègue désirait que je ne fusse pas seul pharmacien à donner mon avis. J'accepte, quant à moi, cette proposition, en spécifiant toutefois que mes collègues devront être choisis de préférence parmi les membres de la Société de Pharmacie de Paris, qui est en quelque sorte notre Académie de Pharmacie. Dans ces conditions, je m'associe de grand cœur au vœu formulé par M. Danlos.

En conséquence, pour les différentes raisons exposées dans ma première notice, et pour celles développées dans cette discussion relativement :

Au pourcentage en mercure : expérimenté il y a plus de 15 ans, unanimement abandonné des praticiens de la méthode, se séparant profondément de la conception de Lang, et très différent de celui qui va être prescrit par le Codex ;

A l'excipient spécial : corps gras susceptible de rancir (jusqu'à preuve contraire), d'un prix excessif pour l'hôpital, d'un point de fusion beaucoup trop élevé, et offrant d'autant moins de garantie au sujet de la tolérance, qu'on conseille de lui adjoindre un analgésique ;

A l'anesthésique : parfaitement inutile avec l'emploi des excipients habituels, incomplètement dépourvu d'action sur le rein, et présentant en outre, par son odeur pénétrante, l'inconvénient de ne pas permettre au médecin de percevoir l'odeur de rance au cas où elle existerait ;

A la préparation : que je déclare irréalisable dans les termes où elle est prescrite ;

Je propose :

1^o De rejeter dans son intégralité la formule présentée par M. Danlos au nom de M. Duret ;

2^o De n'adopter, contrairement au désir de quelques collègues, ni 3, ni 2, mais *un seul type* d'huile grise *forte* (0,40 centigrammes de Hg. par centimètre cube, par exemple). Cette concentration concilie tous les desiderata, en ce qu'elle peut s'employer pure, ou être faci-

lement diluée à 1/2 ou à 1/4, mais seulement sur demande formelle du médecin ;

3° De nommer une commission, composée de praticiens et d'hommes de science, à l'effet de vérifier mes affirmations et de contrôler les résultats expérimentaux que je viens d'avoir l'honneur de communiquer à la Société.

Réponse à M. Lafay au sujet d'une nouvelle formule d'huile grise.

Par M. DANLOS.

M. Duret n'étant pas membre de notre Société, je suis moralement obligé de répondre à M. Lafay. Je le ferai aussi brièvement que possible et je reprends ses volumineuses critiques dans l'ordre où il les a lui-même présentées.

1° *Proportion du mercure.* — Peut-être M. Lafay m'a-t-il écouté d'une oreille un peu distraite, car il semble croire que M. Duret propose un type unique d'huile grise, l'huile de sécurité, à 10 centigrammes par centimètre cube. Je renvoie à ma communication, et je me contente de relever les critiques qu'il dirige contre ce dosage. A ce titre, dit-il, l'huile grise n'est pas d'un emploi pratique, et son injection est douloureuse. Elle n'est pas pratique, parce que le médecin qui aura besoin d'élever les doses sera obligé, s'il dépasse 10 centigrammes, d'avoir une seringue de 2 centimètres cubes et d'user deux flacons d'huile. A ceci je répondrai que le chiffre de 10 centigrammes sera généralement très suffisant ; et que, dans le cas contraire, le praticien n'aura qu'à faire les piqûres à intervalles moindres ou plus simplement, s'il a une seringue de petit calibre, à employer le type d'huile à 40 p. 100.

Reste la question douleur. J'ignore, n'ayant jamais fait usage que d'huile à 40 p. 100, si celle à titre moindre est réellement douloureuse. Les quelques injections pratiquées dans mon service avec l'huile à 10 centigrammes de Hg. n'ont pas causé de douleur, mais leur nombre infime ne me permet pas de conclure. Tenant provisoirement pour légitimes les assertions de M. Lafay, je demande que *jusqu'à preuve contraire*, ces conclusions ne s'appliquent qu'aux huiles à base de vaseline, et non à celle de M. Duret dont l'excipient est tout différent.

2° *Nature de l'excipient.* — Dans les formules de M. Duret, l'excipient du mercure est complexe : lanoline, palmitine, galacoloïd. Contrairement aux assertions de son confrère, qui dit que la palmitine pure ne rancit pas, M. Lafay affirme *a priori* que comme l'oléine, la palmitine doit rancir. Ce raisonnement par analogie n'est pas rigoureux ; et je pourrais à mon tour lui demander de faire la preuve. A défaut des

essais directs qu'il réclame avant d'admettre la stabilité de la palmitine, je puis lui signaler une analyse déjà ancienne qui fournit à l'appui de cette hypothèse une présomption très sérieuse. Un morceau de suif resté dans une lanterne, au fond d'un puits de mine abandonné depuis plus de 220 ans, fut analysé par Ludwig. Il se composait exclusivement de palmitine et de stéarine, l'oléine avait disparu. C'est la preuve demandée par M. Lafay ; peut-être en existe-t-il d'autres. L'auteur de l'analyse semble en outre en tirer cette conclusion que la décomposition de la stéarine et de la palmitine *à la température ordinaire* suppose l'action d'un ferment. Je me borne pour l'instant à signaler cette remarque, dont je tirerai parti tout à l'heure.

M. Lafay nous dit encore que l'altération de la palmitine doit être d'autant plus prompte qu'elle se trouve en contact intime avec l'air emprisonné par le battage pendant la préparation de l'huile. Je ne sais si l'emploi du microscope permet de constater cet emprisonnement d'air, il est vraisemblable et je l'admettrais volontiers. Mais cette incarcération d'air, supposée réelle, devrait agir sur la lanoline pendant le trituration ou sur le mercure à l'état d'extrême division, plutôt que sur la palmitine qui n'est incorporée au mélange mercuriel qu'après le battage et dans des conditions où l'oxydation est peu probable. M. Lafay nous dit en effet avec beaucoup d'à propos que le gaiacol est de la méthyl-pyrocatechine. Il ne peut ignorer, par conséquent, qu'il possède à ce titre des propriétés réductrices ; la palmitine est donc protégée contre l'oxydation, puisqu'elle n'entre en contact avec le mercure éteint dans la lanoline qu'après son mélange avec le gaiacoloïd. Autre argument de présomption : Ludwig, comme je l'ai dit plus haut, pense que pour dissocier la palmitine un ferment est nécessaire. Comment un ferment figuré, seul admissible ici, pourrait-il agir dans un milieu qui contient à dose élevée trois antiseptiques puissants : mercure, gaiacol et camphre ?

Concluons donc que, jusqu'à plus ample informé, les chances de rancissement de la palmitine sont bien minimes.

Contre l'emploi du gaiacol, M. Lafay soulève une autre critique : il affirme que le gaiacol est dangereux pour les reins, et, rejetant cette fois la valeur du raisonnement par analogie qu'il employait tout à l'heure, me reproche l'argument tiré de la tolérance considérable des tuberculeux pour la créosote et par conséquent pour le gaiacol. J'ai dit et je maintiens, après avoir fait à des tuberculeux nombre d'injections massives (répétées tous les deux jours) d'huile créosotée au dixième, que ces malades, même quand ils ont un peu d'albumine dans l'urine, supportent généralement bien la créosote. Or, il y a loin de ces doses énormes aux petites doses hebdomadaires absorbées par une injection d'huile grise. M. Duret n'ayant pas fait connaître la proportion exacte des produits qu'il mêle au mercure,

je ne puis indiquer avec précision le poids du gaïacol injecté, mais comme il est très inférieur dans l'huile commune (40 p. 100) à celui du mercure et que la dose moyenne de celui-ci ne dépasse pas 15 centigrammes, on voit qu'il s'agit de quelques centigrammes, quantité vraiment négligeable. Je suis donc en droit de conclure par analogie que la crainte du gaïacol chez les syphilitiques sera généralement chimérique. Il est vrai que M. Lafay suppose que chez tous les syphilitiques l'excrétion du gaïacol, s'ajoutant à celle du mercure, expose le rein à un surmenage fonctionnel dangereux. Ce danger, je le crois imaginaire pour les raisons suivantes :

Les reins chez les syphilitiques sont bien moins souvent malades ou en état d'imminence morbide, que M. Lafay ne semble le croire, et la fréquence de la néphrite syphilitique secondaire ne m'est rien moins que démontrée. Dans mon service, l'urine de tous les malades, sans exception, est toujours examinée au point de vue du sucre et de l'albumine ; des milliers de syphilitiques y ont passé, et je suis en droit d'affirmer que l'albumine est rare chez eux ; et quand elle existe, il y a souvent des raisons de supposer qu'elle préexistait à la syphilis, supposition confirmée par ce fait que, fréquemment, le traitement mercuriel est sans action sur elle.

J'ajoute que ces sujets supportent bien même des doses élevées de mercure. Je répète, sur ce point, ce que j'ai eu l'occasion de dire un jour à la Société : c'est que chez des sujets atteints d'albuminurie latente même très abondante, et par ce mot latente, j'entends l'albuminurie sans trouble morbide caractéristique et ne se révélant qu'à l'essai de l'urine, le mercure en injections massives est parfois très bien toléré. Les quelques centigrammes de gaïacol qu'on lui associe sont donc vraisemblablement sans aucune importance, d'autant plus que le rein n'est pas le seul émonctoire du gaïacol. Tous ceux qui ont fait des injections de créosote savent qu'au bout de quelques minutes, l'haleine des malades exhale l'odeur caractéristique de ce produit.

3^e — M. Lafay déclare enfin la *préparation irréalisable* dans les conditions sommairement indiquées par M. Duret et conteste, en particulier, l'abaissement du point de fusion. J'ai déjà dit que je regrettais la concision peut-être voulue de M. Duret, et je ne puis que le répéter. Sur ce point je ne veux répondre qu'un mot, c'est que j'ai vérifié, et que notre président M. Fournier a bien voulu répéter devant vous la petite expérience de la fusion à la température de la main. Quant à la composition de la masse injectée, je n'ai d'autre garantie que l'affirmation de M. Duret. M. Lafay la trouve insuffisante et demande une commission de contrôle, je n'y contredis pas ; mais je proteste quand il propose préalablement le rejet des formules de son confrère. Au moins devrait-il attendre les conclusions de cette commission. Qu'arrivera-t-il, en effet ? Ou bien M. Duret acceptera d'exécuter

devant la commission ses formules qui seront trouvées exactes et la commission n'aura qu'à enregistrer le fait ; ou bien s'il a, ce que j'ignore absolument, quelque artifice de préparation, en terme de métier, un tour de main, il refusera de le divulguer ; et l'on ne sera pas en droit de conclure contre lui. Il existe un certain nombre de préparations usuelles, telles que le baume de Baissade, le lipiodol, etc., dont les formules sont connues, et dont la préparation reste pourtant mystérieuse, puisque d'autres que les inventeurs n'ont pas réussi à les reproduire. En est-il de même des préparations Duret ? Je n'en sais rien, et je soulève cette question simplement pour indiquer que l'impuissance d'une commission à reproduire les produits incriminés ne prouverait pas *ipso facto* l'impossibilité de les établir. La commission toutefois pourrait rendre un très grand service, celui d'analyser le produit et de vérifier s'il possède en mercure le titre indiqué. Si le titre est faux, la condamnation sera légitime. Si l'analyse confirme le titre et la proportion *approchée* des autres produits indiqués par M. Duret (je dis *approchée*, car l'analyse quantitative exacte de ce mélange organique me semble très difficile), la préparation devra — réserve faite d'une vérification clinique — être réputée supérieure aux produits similaires. La parole est à l'analyse, attendons ses conclusions.

M. A. FOURNIER. — La discussion qui vient d'avoir lieu a montré que nous sommes unanimes sur la nécessité de reviser la posologie de l'huile grise. Une semblable réforme ne peut être l'œuvre que d'une commission dont le rapport serait agréé par une Société savante. Or la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie est certainement la plus compétente et la plus désignée pour recevoir ce rapport. Je propose donc à la Société de nommer une commission pour fixer un type de formule d'huile grise. Cette commission fera un rapport qui, après avoir été discuté par la Société, sera transmis à la Commission du Codex.

M. QUEYRAT. — Je voudrais terminer cette discussion par une remarque d'ordre intérieur. Je demande que les pharmaciens ne transforment pas en réclames les présentations de produits qu'ils font faire à notre Société. La Société de Dermatologie ne doit pas servir d'estampille à des réclames pharmaceutiques, et je prie instamment notre Bureau de mettre fin à de semblables abus.

Le secrétaire :

L. BRODIER.

Le Gérant : PIERRE AUGER.

SÉANCE DU 2 MAI 1907

Présidence de M. H. Hallopeau.

SOMMAIRE. — Ouvrage offert à la Société. — Chancre tardif ou syphilide diphtéroïde précoce de la lèvre inférieure, par MM. BALZER et MERLE. — Sur un épithélioma très volumineux du cuir chevelu, par MM. HALLOPEAU et GARBAN. (Discussion : M. MORESTIN.) — Nouvelle note sur un cas d'onychomycose, par M. HALLOPEAU. — Sur un cas grave de lèpre mixte qui va être traitée par la solution à hautes doses d'atoxyl, par MM. HALLOPEAU et BOUDET. (Discussion : M. DE BEURMANN.) — Langue noire produite par l'eau oxygénée, par M. L. BIZARD. (Discussion : MM. BAUDOUIN, DANLOS, DE BEURMANN, DÉHU, BIZARD, CHATIN.) — Un nouveau cas de trichosporie (*Piedra nostras*) observé en France, par MM. GUSTAVE BUREAU et ALPHONSE LABBÉ. — Lichen plan unilatéral de la bouche, par M. LOUSTE. — Lupus érythémateux de la face et de la langue, par M. GAUCHER. — Lichen plan du fourreau de la verge et de la bouche, par MM. GAUCHER et LOUSTE. — Analyse d'une note de M. CARLIER sur le traitement de la syphilis, par M. MILIAN. — Sporotrichose; lymphangite noueuse sporotrichosique ascendante, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. — Quatre cas de cancer du nez, par M. MORESTIN. — Cancer de la lèvre inférieure et de la joue, par M. MORESTIN.

Ouvrage offert à la Société.

Bulletins et Mémoires de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, année 1906.

Chancre tardif ou syphilide diphtéroïde précoce de la lèvre inférieure.

Par MM. BALZER et P. MERLE.

Ce malade, âgé de 20 ans, vint à l'hôpital Saint-Louis pour plusieurs lésions siégeant au prépuce et à l'orifice buccal et qui survinrent 22 jours après un coït. Il apparut d'abord sur le côté gauche du prépuce un bouton qui donna naissance au chancre que nous constatons; il est ovale, son grand diamètre mesurant un centimètre et demi environ, d'aspect érosif, sans enduit diphtéroïde ni revêtement croûteux, indolore; on constate à la palpation une induration légère, en carte de visite, très nette. Trois ganglions sont perçus dans l'aîne correspondante, le plus interne plus volumineux que les deux autres.

Quinze jours après le début de ce chancre préputial, apparut à la commissure labiale gauche une lésion qui donna bientôt ce que nous consta-

tons actuellement, c'est-à-dire une petite érosion arrondie, plissée au niveau de sa partie interne qui intéresse le rebord labial : son pourtour est marqué par un léger bourrelet rosâtre, elle est recouverte d'un enduit diphtéroïde, et sa base est indurée.

Enfin, 2 ou 3 jours plus tard, le chancre préputial existant déjà depuis 18 jours, il se forma sur la lèvre inférieure une petite plaque blanche, plate, ressemblant à une brûlure, dit-le malade : elle s'étendit par la périphérie et il en apparut, à 2 centimètres, une autre identique : toutes deux arrivèrent à confluence pendant que se déclarait l'adénopathie sous-maxillaire qui entraînait déjà une certaine gêne de la déglutition. Il existe actuellement sur la lèvre inférieure un large placard médian et blanchâtre dont le diamètre atteint 2 centimètres. Le bord supérieur de la lésion apparaît comme formé par la fusion de deux cercles. Ce placard fait une légère saillie sur la muqueuse, il n'empiète pas en bas, sur la peau ; il est recouvert d'une membrane d'un blanc laiteux, régulière et homogène.

Cet aspect est aussi net au pourtour de la lésion qu'à son centre, il tranche sur la couleur rose de la muqueuse. Il s'agit plutôt d'une sorte d'enduit épais que d'une fausse membrane solide. Il se laisse enlever assez facilement et cette fragilité n'a pas permis à la lésion de persister pendant plus de 2 jours dans son état primitif ; elle prit bientôt un aspect jaune sale, devint légèrement croûteuse et l'enduit diphtéroïde tomba complètement pour laisser une surface érosive légèrement suintante. Il existe de l'induration et une légère tuméfaction de la lèvre inférieure.

Au moment où la fausse membrane se détachait, nous avons recherché dans le liquide *exsudé au-dessous d'elle* le *Treponema pallidum* par la méthode de Giemsa et nous l'avons trouvé en très *grande quantité*, tandis que les préparations faites avec de la sérosité de la lésion commissurale ne contenaient pas de tréponèmes.

Le malade présente une adénopathie sous-maxillaire extrêmement marquée, non seulement accentuée aux angles des mâchoires, mais encore dans la région sus-hyoïdienne ; elle constitue comme une sorte de fer à cheval et les mouvements de la tête ainsi que la déglutition sont gênés ; ces ganglions sont douloureux à la pression. Cette adénopathie a persisté pendant plus de 15 jours avec ces mêmes caractères et n'a rétrogradé que fort lentement. Il n'existait pas de ganglions épitrochléens ni cervicaux : nous en avons trouvé un ou deux dans l'aisselle droite et un autre dans le creux sus-claviculaire gauche.

Pendant son séjour à l'hôpital, le malade n'a pas présenté de roséole. Il a souffert quelques jours d'une angine légère : les amygdales et le voile du palais étaient érythémateux, sans plaques muqueuses.

Nous avons incliné vers le diagnostic de syphilide précoce, mais on pourrait aussi défendre celui de chancre tardif, paru une quinzaine de jours après celui du prépuce. L'adénopathie sous-maxillaire peut même être considérée comme ajoutant un argument de valeur à ce diagnostic. Ce qui nous a fait hésiter à l'adopter, c'est qu'après la chute de la fausse membrane, la lésion de la lèvre a pris de suite un aspect qui ressemblait plutôt à celui d'une plaque muqueuse qu'à celui

d'un chancre. En somme, la question nous a paru difficile à trancher.

La lésion de la lèvre inférieure nous a paru intéressante par ses caractères objectifs et son aspect inusité ; M. Baretta a bien voulu en exécuter un moulage pour le musée de l'hôpital Saint-Louis. Nous avons tenu à faire ressortir aussi dans la présente note l'abondance des tréponèmes au-dessous de la pseudo-membrane.

Sur un épithélioma très volumineux du cuir chevelu.

PAR MM. HALLOPEAU et GARBAN.

Les résultats si remarquables dont M. Morestin vient de nous donner les témoignages (1) nous encouragent à vous présenter cette malade, atteinte d'un épithélioma que l'on peut qualifier de géant. Son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

L... (Louise), domestique, âgée de 62 ans, est entrée, le 13 avril 1907, au 26 de la salle Lugol. L'affection a débuté, il y a 15 ans, par une petite saillie, de l'apparence d'une fraise ; au bout de 5 ans, la petite tumeur a commencé à grandir ; elle a pris des proportions considérables et s'est ulcérée depuis 5 ans ; elle a été soignée, depuis 6 mois, par M. Cadol, à Asnières ; la tumeur a résisté à tout traitement et a pris une extension de plus en plus considérable.

Aujourd'hui, toute la moitié gauche du cuir chevelu, depuis la ligne médiane jusqu'au lobule de l'oreille dans le sens transversal, depuis le front jusqu'à l'occiput dans le sens antéro-postérieur, est recouverte par une vaste ulcération végétante de l'apparence d'un chou-fleur ; sa coloration est d'un rose vif, avec îlots noirâtres de tissu sphacélé ; l'odeur est fétide, nauséuse ; les dimensions de l'ulcération atteignent 15 à 18 centimètres environ dans les deux diamètres ; elle est limitée à la périphérie par un rebord bourgeonnant, surélevé de 1 centimètre, et, par endroits, de 2 et 3 centimètres, sur la peau saine qu'il surplombe à pic ; toute la surface de l'ulcération est recouverte de saillies bourgeonnantes arrondies et suintantes, rappelant l'aspect de condylomes confluent ; la tumeur adhère aux plans sous-jacents ; il n'y a pas d'adénopathies.

L'état général est à peu près satisfaisant, malgré un amaigrissement considérable survenu depuis 2 ans ; il n'y a rien de spécial du côté des divers appareils, à part un goitre apparu il y a une quinzaine d'années.

L'examen histologique, pratiqué par M. Boudet, a confirmé le diagnostic d'épithélioma qui, au point de vue clinique, s'imposait.

Si le chirurgien n'intervient pas, cette malade est fatalement perdue, car son énorme tumeur n'est justiciable, ni des rayons X, ni du radium, ni d'aucun topique.

M. MORESTIN. — L'opération peut être faite, mais il faudra probablement procéder en plusieurs temps pour arriver à une cicatrisation.

(1) Voir p. 244.

Nouvelle note sur un cas d'onychomycose.

Par M. H. HALLOPEAU.

Le malade dont voici les moulages a été déjà présenté deux fois à la Société de dermatologie, la première, en 1902, par nous-même et M. Fouquet, la seconde, en 1906, par MM. de Beurmann et Gougerot; si nous nous en occupons de nouveau, c'est, d'une part, pour indiquer la persistance de l'affection, c'est, d'autre part, pour dire que de nouvelles tentatives de culture, faites à deux reprises par M. Fouquet, suivant les règles posées par M. Sabouraud, sont restées infructueuses comme elles l'avaient été à deux reprises différentes dans notre service en 1902, comme elles l'ont été six fois dans les essais pratiqués par M. Sabouraud alors que le malade était dans la salle de M. de Beurmann.

Or, des tentatives pratiquées dans la même direction chez deux malades atteints de la même affection par MM. Jadassohn et Lewandowsky n'ont également donné que des résultats négatifs: on peut conclure de ces faits que le mycélium de cette maladie unguéale n'est ni un trichophyton, ni un achorion du favus et qu'il s'agit d'une nouvelle forme de champignon: telle est la conclusion à laquelle arrivent, d'accord avec MM. de Beurmann et Gougerot, MM. Jadassohn et Lewandowsky: nous nous y associons pleinement.

S'agit-il, comme l'ont supposé MM. de Beurmann et Gougerot, d'un parasite d'origine exotique? Le malade de M. Jadassohn est né à Tobolsk, mais celui de M. Lewandowsky est Suisse.

Pour ce qui est du traitement, nous avons eu recours à des onctions répétées avec la vaseline iodée et aux bains locaux dans la solution parasiticide de l'hôpital Saint-Louis; M. Sabouraud a conseillé la chrysarobine; MM. Jadassohn et Lewandowsky ont fait disparaître les champignons accessibles, mais non la maladie, par des applications de pyrogallol: nous nous proposons de demander à M. Sabouraud, dont nous regrettons l'absence, de soumettre ce malade à la radiothérapie, bien qu'elle paraisse agir surtout comme dépilante dans le traitement de la trichophytie du cuir chevelu.

Sur un cas grave de lèpre mixte qui va être traité par la solution à hautes doses d'atoxyl.

Par MM. HALLOPEAU et BOUDET.

En présence des résultats si encourageants qu'a constatés récemment M. Paul Salmon chez des syphilitiques, résultats dont nous avons plusieurs fois obtenu la confirmation, et en raison des affinités que présentent dans leur évolution et leurs manifestations symptomatiques la syphilis et la lèpre, nous croyons devoir tenter

l'emploi de cette médication dans cette dernière maladie, malgré les différences qu'y présentent les parasites.

Nous prions nos collègues de vouloir bien examiner, avant la mise en train de cette médication, le malade chez lequel nous allons l'appliquer. Ils peuvent s'assurer que sa situation est des plus graves : la maladie fait chez lui des progrès incessants et il s'est produit, dans ces derniers temps, une lésion à extension rapide de la voûte palatine et du voile qui menace d'entraîner la chute de la luette ; le traitement classique par l'huile de Chaulmoogra, dont le malade absorbe 200 gouttes par jour, reste absolument inefficace. Dans cette situation désolante, nous nous croyons en droit d'essayer la nouvelle médication par l'atoxyl en en surveillant de près les effets, malgré ses insuccès dans la tuberculose, qui se rapproche plus que la syphilis de la lèpre au point de vue de la morphologie des parasites. Nous résumerons ainsi qu'il suit cette observation :

Le nommé Imb..., âgé de 46 ans, est entré le 4 février 1907, salle Bazin. Charpentier dans la marine, il a voyagé pendant 20 ans, faisant plusieurs fois le tour du monde, visitant un grand nombre de pays à lèpre, Brésil, Égypte, Nouvelle-Calédonie, Haïti. Il ne peut dire où il a contracté cette maladie.

Il y a environ 12 ans, il a commencé à avoir des altérations cutanées ; son auriculaire droit s'engourdissait. Pendant 2 ou 3 ans, l'état est resté stationnaire, puis s'est légèrement amélioré.

✱ Au cap Horn, après des fatigues excessives, l'œdème s'est généralisé ; la figure s'est boursoufflée ; il y est survenu des nodules qui ont suppuré pendant 2 années avec alternatives de régression et de reprise et dont on voit encore les cicatrices arrondies, déprimées et blanchâtres.

La maladie pendant les premières années se présentait comme extrêmement intense ; depuis 1901, époque à laquelle le malade s'est fixé en France, les lésions se sont amendées, sauf celles de la bouche et du nez qui n'ont jamais rétrocedé.

Au mois d'octobre 1906, le gros orteil droit a présenté une lésion suppurative du type du mal perforant plantaire : ulcération creusée à pic, bords calleux, fond bourbilloneux, anesthésie de l'ulcération. En mars 1907, lésion semblable à gauche.

Ces maux perforants sont actuellement en voie de cicatrisation, après avoir entraîné le sphacèle du tendon fléchisseur des deux gros orteils.

Avant l'apparition des maux perforants, le malade éprouvait une douleur vive le long de la face interne de la jambe, exacerbée par la pression ; elle a cessé depuis lors.

Actuellement (29 avril), la face est ridée très finement, mais il n'y a pas d'épaississement de la peau, ni aux oreilles, ni au nez ; le malade dit que ses téguments, autrefois très épais, sont maintenant revenus à la normale ; seule, la peau des sourcils est un peu épaissie et totalement déglabrée ; les cils sont complètement tombés.

Les yeux présentent une teinte ecchymotique ; l'œil gauche est malade depuis cinq ans.

On voit une petite cicatrice au-dessus du sourcil gauche, blanche et déprimée.

A la racine du nez, la peau est infiltrée, saillante, d'une teinte fauve ; on y voit une petite tumeur du diamètre d'une pièce de 50 centimes, absolument anesthésique.

Sur les joues, cicatrices gaufrées, blanches et déprimées.

Sur les bras, on voit de nombreuses petites cicatrices blanches et gaufrées.

Les mains sont atrophiées et anesthésiées ; l'atrophie est très prononcée au niveau des éminences thénar et hypothénar ; il en résulte un aspect de mains de singe.

Au niveau du coude gauche, on note une lésion tuberculo-croûteuse.

Sur la fesse droite, se trouve une cicatrice souple, très fortement plissée, de teinte violacée, anesthésique, de la dimension d'une pièce de 5 francs.

L'épiderme est devenu trop large pour les parties sous-jacentes et la peau a pris l'aspect ridé d'un grain de chasselas conservé.

Du côté des muqueuses on constate l'anesthésie de la pituitaire et du jetage nasal, surtout marqué à gauche ; il est facile d'y déceler des bacilles lépreux.

Sur la voûte palatine, gagnant jusqu'à la luette qui est ulcérée et semble prête à se détacher, intéressant aussi l'amygdale gauche, s'étend une large ulcération, à fond grisâtre, recouverte d'un détritit blanchâtre avec de petites saillies grisâtres du volume d'un grain de mil.

Les parties saillantes forment comme un fer à cheval à contours irréguliers et serpigneux, composé par de gros nodules confluent dont le diamètre varie de 5 à 8 millimètres. Cette série d'altérations se continue sur la luette.

La partie déprimée s'étend d'avant en arrière sur une longueur de 25 millimètres et une largeur de 10 millimètres.

Sa coloration est plus rouge que celle des parties ambiantes qui a pris une teinte opaline.

Il y a une seconde surface déprimée sur la ligne médiane au milieu des arcades dentaires supérieures.

Nous constatons une anesthésie complète du palais et du pharynx.

Des frottis faits avec du muco-pus recueilli sur cette ulcération ont permis de déceler de nombreux cocci groupés en chaînettes longues, mais pas de bacilles lépreux.

Viscères. — Ils semblent normaux, il n'y a pas de lésions testiculaires apparentes ; il n'y a jamais eu d'écoulement.

Poumons. — Inspiration forte au sommet gauche.

Système nerveux. — Les nerfs cubitiaux sont notablement augmentés de volume ; le paquet vasculo-nerveux est facilement perceptible dans l'aisselle gauche.

Anesthésie. — (Voy. Schéma.)

La face est complètement anesthésique.

Bras droit. — En avant, anesthésie à partir du pli du coude, sauf à la

partie médiane suivant une bande correspondant au territoire des 3 et 4 paires rachidiennes.

En arrière, l'anesthésie est totale à l'avant-bras et sur le moignon de l'épaule ; la sensibilité très diminuée sur le bras.

Anesthésie de la main.

Bras gauche. — Anesthésie en manche, partant du V deltoïdien ; simple paresthésie au bras, anesthésie totale à l'avant-bras, sauf sur une bande antérieure médiane semblable à celle de droite, mais où, contrairement à droite, la sensibilité est très diminuée.

Membres inférieurs. — A droite et à gauche, anesthésie à partir de la région moyenne de la cuisse, anesthésie totale de la jambe et du pied.

Nous comptons vous présenter de nouveau ce malade dans un mois, après l'action de l'atoxyl.

M. DE BEURMANN. — Au cours de mes voyages en Orient dans les pays à lèpre, j'ai eu fréquemment l'occasion de voir que les lésions maculeuses ou tubéreuses de la lèpre sont loin d'être toujours insensibles ou anesthésiques comme on l'a prétendu.

Langue noire produite par l'eau oxygénée.

Par M. L. BIZARD.

La curieuse affection dénommée par Walerand : *Langue noire pileuse*, semble être produite par des causes très diverses et pour beaucoup encore indéterminées.

Nous pensons pour notre part que certaines nigrities de la langue, notamment chez les glycosuriques, sont sans doute d'origine parasitaire, dues alors à un champignon, le *Saccharomyces linguae pilosæ*, décrit et cultivé par H. Roger et E. Weil. Mais il existe aussi de nombreux cas de langue noire qui proviennent simplement d'une coloration accidentelle par des substances étrangères du sommet des papilles hypertrophiées.

C'est ainsi que Chatin (d'Uriage) a observé une teinte noire accentuée de la face dorsale de la langue chez plusieurs syphilitiques en cours de traitement hydrargyrique et faisant usage d'un gargarisme à l'eau oxygénée plus ou moins diluée.

Nous avons pu voir nous-même, en l'espace d'une semaine, de la nigritie de la langue chez deux de nos clients en traitement par les injections d'huile grise, et se servant également pour les soins de leur bouche d'une solution d'eau oxygénée.

Il était donc permis de supposer que l'eau oxygénée mise en contact avec la salive de sujets mercurialisés entraînait une réaction qui se traduisait par une coloration brune du sommet des papilles linguales, mais en réalité l'eau oxygénée suffit à elle seule à produire la langue noire ; en effet, chez un homme de bonne santé habituelle, sans tares

organiques et non syphilitique, mais simplement fumeur et présentant physiologiquement de l'hypertrophie papillaire, l'usage quotidien d'un gargarisme à l'eau oxygénée (une cuillerée à soupe d'eau oxygénée à 12 vol. pour un demi-verre d'eau tiède) a suffi à faire naître en huit jours une nigritie très accentuée de la face dorsale de la langue.

Cette observation doit pour le moins faire rayer de la thérapeutique de la langue noire l'eau oxygénée dont l'usage était pourtant jusqu'ici recommandé par tous les auteurs.

M. BAUDOUIN. — Je crois que quand on dépasse la dose d'une cuillerée à café pour un verre d'eau, on exerce une action nécrosante ou caustique sur la muqueuse et que la coloration noire pourrait ainsi s'expliquer.

M. DANLOS. — On a, par contre, proposé l'eau oxygénée pour décolorer le liséré saturnin.

M. DE BEURMANN. — J'emploie l'eau oxygénée sans avoir vu de langue noire ; mais j'ajoute du borate de soude à l'eau oxygénée.

M. DÉHU. — Est-ce la langue primitivement pileuse qui devient noire sous l'influence de l'eau oxygénée ?

M. BIZARD. — Il semble que les langues à papilles filiformes allongées soient plus accessibles à cette transformation.

M. CHATIN. — En même temps que le traitement mercuriel, contre les accidents de la bouche je prescris toujours deux préparations différentes : l'eau oxygénée neutre à XII volumes, à la dose d'une cuillerée à bouche dans un verre d'eau tiède, ou la liqueur d'acétate d'alumine.

Or, je n'ai vu de langues noires, et j'en ai vu une vingtaine environ, que dans les cas où les malades employaient l'eau oxygénée. J'ajouterai de plus, que la langue reprend sa coloration naturelle, dès que l'on supprime l'eau oxygénée.

J'avais pensé que cette teinte était produite par une combinaison chimique de l'eau oxygénée avec le mercure ou les sulfureux, mais l'expérience de Bizard me démontre qu'il peut en être autrement. Je n'ai vu de langues noires que chez les personnes à langue pileuse ou tomenteuse.

En tout cas, cette modification qui effraie beaucoup de malades, n'a aucune gravité et disparaît spontanément.

Un nouveau cas de trichosporie (*Piedra nostras*) observé en France.

Par MM. GUSTAVE BUREAU et ALPHONSE LABBÉ.

La *Piedra*, ou Trichosporie, affection parasitaire des poils, étudiée par Osario de Bogota (*Revista med.*, 1870) et Posada Arango (*Ann. Ac. med. Medellin*, 1888), en France surtout par Desenne (*C. R. Ac. Sc.*, 1878) et Juhel-Rénoy (*Ann. de dermat.*, 1888 et 1890), semble bien localisée à deux districts de la Colombie (États de Cauco et

d'Antioquia). Cependant quelques cas d'une affection analogue et causée par des parasites très voisins ont été observés en Europe sous le nom de *Piedra nostras* (Unna) ; mais ces observations sont rares : 1 cas à Londres, 1 à Breslau, 2 cas observés par Unna et Trachsler, 1 plus récent de Waelsch (*Archiv. f. Dermatol.*, 1906) et 2 de Lombardo (*Giornal. ital. d. malatie ven. e del. pelle*, 1904). En France, Vuillemin a décrit un cas de trichosporie (*Arch. parasitol.*, 1902) sur lequel il a fait faire la thèse de Schächter (*Thèse*, Nancy, 1901) ; depuis, il a retrouvé un deuxième cas (*C. R. Ac. Sc.*, 1902). Cette curieuse affection des poils est donc assez rare pour que notre observation d'un troisième cas français de trichosporie présente un certain intérêt.

L'observation elle-même, comme toutes celles qui ont été publiées, n'apporte aucune contribution nouvelle à l'étiologie de cette maladie parasitaire et est d'une banalité extrême.

Le malade (si on peut lui donner ce qualificatif), M. C..., de Nantes, adressé par M. le Dr Patoureau à l'un de nous, ne présente ni dans ses relations, ni dans son *modus vivendi*, rien qui attire l'attention. Vers la fin de mars 1907, M. C..., qui est âgé de 70 ans et jouit d'une excellente santé, s'aperçoit qu'il a dans sa moustache, au-dessous de la narine gauche, une tache jaune de la dimension d'une pièce de 50 centimes ; il essaye en vain de l'enlever, la croyant produite par un dépôt de jaune d'œuf. Quelques jours plus tard, la tache devient plus foncée, M. C... remarque un poil plus brun et plus gros que les autres ; il le coupe et, le regardant à la loupe, aperçoit sur le poil un enduit brun rougeâtre. Puis 5 à 6 poils s'enveloppent de cet enduit, puis 15, puis 20. C'est alors qu'il se décide à consulter.

Il faut noter que M. C..., fort soigneux de sa moustache, la lotionnait avec une émulsion à base d'huile d'amandes douces ; mais cela ne nous paraît pas avoir plus d'importance étiologique que les lotions mucilagineuses d'aloès ou de lin, auxquelles les femmes de Colombie attribuent l'évolution de la piedra. Dans les diverses observations de piedra, il est à noter que le parasite semble s'attaquer de préférence aux personnes très soigneuses de leur système pileux, et usant volontiers de lotions antiseptiques pour les soins de leur barbe et de leur moustache. Il faut faire remarquer également que notre malade, comme celui du deuxième cas de Vuillemin, avait présenté de la trichoptilose de la moustache 3 ans auparavant.

L'étude des poils malades prélevés chez M. C... nous a fourni des renseignements sensiblement identiques aux recherches des auteurs antérieurs, et notamment à celles de Vuillemin.

A l'œil nu, le poil, qui est seulement un peu plus ondulé, ne présente ni *plique* (plique colombienne), ni *frisure* ; tout autour, se voit une gaine d'inégale épaisseur, souvent unilatérale, formant des

nodosités dures, mais non pierreuses, d'une couleur brun rougeâtre, s'arrêtant à environ un centimètre de la racine du poil.

Au microscope, ces nodosités se montrent constituées par des cellules mycéliennes de *Trichosporum*, engainant le poil et offrant l'aspect d'une mosaïque. Ces cellules mycéliennes souvent sphériques, d'ordinaire irrégulièrement polyédriques par pression réciproque, sont de dimension moyenne supérieure à celle observée par Vuillemin. Le *Trichosporum beigeli* de Vuillemin a en moyenne 3 à 4 μ , ceux de Lombardo 4 μ 5, ceux de Behrend et d'Unna environ 6 μ , tandis que dans la piedra colombienne on observe 10 μ et plus. Notre moyenne se rapproche plutôt du cas d'Unna, bien que les cellules soient de dimensions très inégales, certaines ne dépassent pas la dimension des spores de Malassez (bacille bouteille d'Unna) qui s'y trouvent parfois mêlées ; d'autres peuvent dépasser 10 μ .

Les coupes de poils nous présentent des caractères analogues à ceux indiqués par Vuillemin : cellules mycéliennes inégales, irrégulièrement sphériques, à double capsule, nucléées, souvent bi ou tripartites, montrant une sériation nette, dilacérant l'épidermicule du poil sans y pénétrer, unies entre elles par une substance agglutinante, montrant parfois de rares et courts filaments mycéliens et donnant l'impression d'un véritable tissu développé autour du poil.

Les cultures ne nous ont rien révélé de particulier, du moins jusqu'à la date actuelle. Les débuts furent assez incertains, car nous eûmes à lutter contre des colonies microbiennes abondantes. Sur différents milieux, les cultures présentent les caractères bien décrits par Vuillemin et Schächter : même rapidité de développement, surtout sur les milieux végétaux, à la température ordinaire ; même aspect blanc vermiculé, cérébroïde des cultures, ressemblant un peu, sauf la couleur, à celles du favus. Certaines cultures sont blanches, cireuses, crayeuses, d'autres duveteuses, suivant les milieux. Cependant, certaines de nos cultures semblent indiquer quelques différences avec le cas de Vuillemin-Schächter. Schächter dit que sur pomme de terre, le champignon n'arrive jamais à former des circonvolutions ; il reste granuleux à petites saillies coniques, acuminées, d'aspect crayeux, ne dépassant pas le volume d'une lentille (p. 37) ; or, sur pomme de terre nous obtenons avec notre parasite des cultures vermiculées typiques aussi bien que cireuses, crayeuses, non vermiculées et de toutes dimensions. Mais il ne faut pas attribuer une importance extrême à ce petit fait qui dépend probablement d'une question purement physique, hygrométrique, et qui ne peut étonner ceux qui connaissent le polymorphisme extrême des cultures de champignons voisins comme les *Trichophyton* et les *Microsporon*.

L'examen du champignon sur cultures ne nous a rien appris de nouveau sur son évolution : ce sont toujours ces *arthrotomies*, cette

prolifération de mycéliums caducs et sans cesse en divisions. Au bout de quarante-huit heures, les filaments mycéliens se développent davantage, mais restent toujours courts et caducs. Plus tard se forment des chaînes de chlamydospores. Un seul caractère saillant se retient de ces champignons : le nom d'*Arthromycètes* que leur a donné Vuillemin.

En résumé, les résultats que nous communiquons aujourd'hui n'ont d'autre intérêt que de confirmer ceux des deux seules observations françaises de trichosporie actuellement connues. On ne peut distinguer notre cas de celui de Vuillemin que par la couleur brun rougeâtre de l'enduit parasitaire et la dimension moyenne plus considérable des cellules mycéliennes. De plus, notre champignon liquéfie la gélatine en 12-15 jours. On sait qu'Unna et Vuillemin attribuent une certaine importance à la date de liquéfaction de la gélatine qui différencierait le *Trichosporum Beigeli* de Vuillemin du *Trichosporum ovoïde* et du *Trichosporum ovalis* d'Unna. Nous ajouterons qu'au bout de 20 jours, les cultures sur lait sont coagulées.

Nous espérons pouvoir bientôt compléter les observations ci-dessus, lorsque nous aurons pu faire une étude plus approfondie de notre parasite et de ses cultures.

Lichen plan unilatéral de la bouche.

Par M. LOUSTE.

M. St. A..., âgé de 38 ans, est atteint depuis 3 ans de lichen plan de la bouche. Il n'a jamais eu et ne présente actuellement aucune autre localisation. Mais la disposition spéciale et unilatérale des lésions aussi bien que leurs caractères objectifs nous ont engagé à le montrer, car ici le traumatisme local paraît avoir distribué les lésions.

Toute la moitié droite de la langue, sur la surface dorsale, est couverte de réseaux blanc grisâtre qui rappellent la comparaison classique de la feuille de fougère. A l'union des arcades dentaires on voit sur les gencives des placards blancs de même nature. Le sillon gingivo-génien inférieur présente une trainée linéaire. Enfin sur la partie moyenne de la joue on trouve une plaque nettement arrondie constituée par un semis de petits points blancs reposant sur une muqueuse saine.

Nous nous sommes demandé la raison de cette localisation exclusive du côté droit et nous pensons qu'elle relève du traumatisme local.

En effet, depuis quatre ans le malade, qui a une dentition défectueuse, ne peut plus manger que du côté droit. Il est également fumeur et

tient toujours sa cigarette de ce côté. Enfin la délimitation de la plaque labiale ronde correspond à une invagination de la muqueuse dans un espace vide limité par des contours dentaires, ce que nous avons pu constater.

La deuxième prémolaire et la molaire de six ans ont été extraites et laissent un vide. Lorsque le malade réunit les arcades dentaires, les dents antagonistes supérieures descendent légèrement dans le vide consécutif à ces extractions.

Lors de la contraction des masséters, et dans les mouvements de succion, la muqueuse de la joue s'invagine dans le vide et la partie invaginée est exactement la partie malade.

L'affection ne détermine aucun trouble appréciable chez ce malade qui est très nerveux.

L'intérêt de cette présentation se résume :

- 1° Dans la localisation buccale exclusive ;
- 2° Dans l'unilatéralité des lésions ;
- 3° Dans l'action traumatique limitée qui se juxtapose à la topographie du lichen.

Lupus érythémateux de la face et de la langue.

Par M. GAUCHER.

Nous apportons l'observation d'un cas assez rare de lupus érythémateux de la langue, et on doit reconnaître que, sans la coexistence des lésions cutanées, le diagnostic pouvait être méconnu.

Il s'agit d'un homme de 39 ans, atteint depuis 3 ans de lupus érythémateux des joues, du nez, des paupières et des lobules des oreilles. Depuis le début de l'affection, qui s'est manifestée d'abord sur l'oreille droite et l'angle interne de l'œil droit, les lésions se sont étendues excentriquement et n'ont jamais été traitées.

On constate en outre sur la langue trois plaques de lupus érythémateux : deux plaques sur la moitié antérieure et droite de la langue, une autre sur la région postérieure et gauche du même organe.

Ces plaques ne forment aucune saillie sur la muqueuse linguale ; on constate, au contraire, une dépression cicatricielle allongée très nette à leur niveau. L'infiltration est minime, la coloration du centre déprimé a l'aspect cicatriciel habituel, la périphérie présente une coloration rouge entourée d'une petite zone blanche ; il n'y a pas d'adénopathie appréciable. Ces plaques sont plus sensibles que le reste de la langue, mais cependant pas douloureuses. Il est certain que, sans la coexistence des lésions lupiques du visage, le diagnostic aurait pu ne pas être fait.

Ajoutons, d'ailleurs, qu'on ne trouve aucun antécédent bacillaire personnel ou héréditaire.

Lichen plan du fourreau de la verge et de la bouche.

Par MM. GAUCHER et LOUSTE.

Le malade que nous présentons est atteint d'une éruption de lichen du fourreau de la verge simulant des syphilides papuleuses.

Le début remonte à 3 semaines, et, en quelques jours, sont apparues les papules pour lesquelles il est venu consulter.

Ces papules siègent exclusivement sur le fourreau et, sont les unes isolées, d'autres conglomérées, d'autres présentent une disposition nettement circinée. Leur volume égale celui d'une lentille. Elles desquamement légèrement et ne sont pas accompagnées de prurit. Les contours ne sont pas nettement arrondis et leur surface est plane et brillante.

Ce sont d'ailleurs ces caractères spéciaux qui ont fait penser au lichen plan.

En examinant le malade, nous avons trouvé des placards de lichen plan typique de la muqueuse labiale, que le malade ignorait, et un placard ancien et pigmenté de lichen sur la jambe gauche.

Cette association de lésions permettait de faire facilement le diagnostic, de même d'ailleurs que les caractères particuliers signalés à propos des papules du fourreau. Mais la localisation spéciale et la disposition de ces lésions rappelaient absolument celles des syphilides papuleuses.

Analyse d'une note de M. Carlier sur le traitement de la syphilis.

Par M. MILIAN.

M. Milian lit une note de M. Carlier, de Rouen, sur le *Traitement pratique de la syphilis par les pastilles de protoiodure de mercure*. L'auteur insiste sur la régularité dans les doses de mercure absorbées, la grande commodité dans la prise du médicament, la réalisation très simple de l'antisepsie buccale.

Sporotrichose. Lymphangite noueuse sporotrichosique ascendante.

Par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.

Nous désirons attirer l'attention de la Société sur quelques particularités cliniques des manifestations de la sporotrichose dermique et hypodermique.

Nous avons revu notre sixième malade, M. B..., qui a été présenté à cette Société le 8 avril et à la Société médicale des hôpitaux, le 12 avril 1907.

A ce moment, les lésions qu'il présentait avaient été très améliorées par l'iodure de potassium administré à l'intérieur, mais l'intolérance du sujet pour ce médicament venait de nous forcer à interrompre le traitement.

Pendant 20 jours, le malade n'a pas repris d'iodure et pendant ce temps la nodosité déjà un peu ramollie qu'il portait à la face dorsale de la main gauche s'est ulcérée. Trois jours avant son ouverture, il s'est développé à partir de ce point une lymphangite noueuse ascendante caractéristique. On trouve maintenant : un petit nodule, gros comme un pois, à la face postérieure de l'avant-bras ; deux grosses nodosités à la face interne du coude dans la région du ganglion sus-épitrochléen ; et trois petites nodosités, à peine douloureuses, échelonnées le long de la gouttière vasculo-nerveuse de la face interne du bras et reliées par un gros cordonnet de lymphangite, facile à percevoir au palper ; en tout six gomme. Les ganglions axillaires sont indemnes.

Ce fait nous paraît important, car il montre que le *sporotrichum Beurmanni* peut se propager par les voies lymphatiques et que les foyers sporotrichosiques sont capables de donner lieu à des lymphangites noueuses ou gommeuses ascendantes, comme les foyers tuberculeux. Nous rappelons que notre troisième malade, lorsqu'il a été présenté à la Société de Dermatologie le 3 janvier 1907, ébauchait à la face postérieure de la jambe droite et à la face interne de la cuisse droite une de ces trainées lymphangitiques : on sentait des nodosités échelonnées le long de la gouttière vasculo-nerveuse et reliées par un cordon induré, facile à percevoir.

Le *sporotrichum Schenkii*, que nous croyons par quelques détails différent du *sporotrichum Beurmanni*, n'est donc pas le seul à pouvoir créer des lymphangites ascendantes gommeuses. Dans les cas américains, la lymphangite était la première localisation de la maladie. Chez nos deux malades, elle était secondaire à une éruption gommeuse disséminée. Chez M. B... une de ces lésions a ensemencé les voies lymphatiques comme l'avait fait, dans les cas de Schenk, Hektoen et Perkins, le chancre sporotrichosique, lésion porte d'entrée et point de départ de la maladie.

Quatre cas de cancer du nez.

Par M. MORESTIN.

Parmi les épithéliomes de la face, ceux qui ont pour point de départ les téguments du nez méritent, au point de vue chirurgical tout au moins, une place à part en raison des difficultés réelles de leur traitement toutes les fois que la lésion n'est pas absolument superficielle.

Quand il faut sacrifier une partie du nez, quand surtout l'infiltration néoplasique s'étend aux parties voisines, lèvres, paupières, sac lacrymal, non seulement l'intervention d'exérèse devient sérieuse, mais en outre des questions de chirurgie réparatrice se posent immédiatement, et malheureusement ces opérations plastiques sont souvent très délicates. Je crois donc intéressant de vous présenter quatre malades que j'ai pu réunir aujourd'hui et qui ont subi pour des épithéliomes du nez des opérations d'importance variable.

I. — CANCER DE L'AILE DU NEZ ET DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE. — M^{me} Denonv..., âgée alors de 74 ans, est entrée au mois de septembre 1903 à



FIG. 1.

l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Richelot, que je remplaçais, pour une tumeur ulcérée ayant pris naissance dans le sillon naso-génien du côté gauche et s'étant de là propagée à l'aile du nez, à la lèvre supérieure et à la partie correspondante de la joue (fig. 1). L'aile du nez était en grande partie détruite et la narine largement échancrée. La lésion, entourée d'un épais bourrelet, remontait à deux travers de doigt au-dessus du contour narinaire, s'avancait jusqu'à mi-hauteur de la lèvre supérieure, envahie depuis le voisinage de la ligne médiane, jusqu'à un travers de doigt en dehors de la narine. Les téguments de la joue étaient eux-mêmes pris sur l'étendue d'un bon travers de doigt en dehors de l'emplacement présumé du sillon naso-génien. Heureusement il ne semblait pas qu'il y eût d'adhérence profonde au maxillaire supérieur, ni d'engorgement ganglionnaire. L'ulcération,

débarassée des croûtes que la couvrent en partie, est irrégulière, creusée inégalement, couverte de petites saillies rosées, saignant facilement et çà et là de petits détritres mortifiés et sanieux. L'indolence est complète. M^{me} D... est une toute petite vieille, ratatinée, voûtée, racornie et très fragile. Néanmoins il n'y a pas de contre-indication à la cure chirurgicale.

L'exérèse des parties malades fut pratiquée sans retard (septembre 1903). L'opération ne présenta ni difficulté, ni particularité bien intéressante. Elle fut faite largement et j'emportai d'un bloc : la moitié gauche de la lèvre supérieure, l'aile gauche du nez et une certaine étendue des téguments géniens, la limite supérieure de mon incision remontant jusqu'à l'union de l'os propre et de la partie molle du nez. L'intervention dura 4 ou 5 minutes et nécessita seulement une bouffée de chloroforme. La bonne vieille la supporta très bien et les suites furent satisfaisantes. La plaie diminua, se rétrécit peu à peu.

Ce premier temps était de beaucoup le plus simple. Restait la réparation, assez complexe, puisqu'il fallait restaurer la lèvre supérieure et le nez. Je ne pouvais songer à mener à bien dans la même séance cette double autoplastie. Le 23 octobre, je reconstituai la lèvre, ce qui fut relativement facile, en raison de la laxité des parties molles péribuccales chez cette femme édentée et vieille. Deux incisions horizontales me permirent de mobiliser d'une part la moitié droite de la lèvre supérieure et d'autre part la partie antérieure de la joue gauche. Après avoir avivé les anciennes tranches de section labiale et génio-labiale laissées par l'opération faite précédemment, je suturai l'une à l'autre sur deux plans, l'un muqueux, l'autre cutanéomusculaire, affrontai de mon mieux la bordure rouge, et plaçai en outre un certain nombre de sutures destinées à maintenir la nouvelle lèvre en la fixant par en haut aux parties correspondantes. Je n'eus pas besoin de débridements commissuraux, grâce à la souplesse et à la surabondance des tissus de la lèvre et de ceux des parties antérieures des joues.

Cette cheiloplastie, en somme réalisée à peu de frais, fut suivie de succès, à cela près qu'il se produisit à la longue, par rétraction de la cicatrice, une encoche au niveau du bord libre qui nécessita ultérieurement une petite retouche, laquelle l'effaça d'ailleurs complètement.

Quelques semaines plus tard, je procédai à la réparation de l'aile du nez. La bordure cicatricielle de la brèche fut libérée par une incision curviligne, disséquée, retournée, rabattue, face épidermisée en dedans, face cruentée en dehors, de manière à former un plan profond, sur lequel j'appliquai un lambeau véritable assez ample, prélevé sur la joue et la région malaire gauche, lambeau à pédicule inférieur, voisin de la commissure labiale. L'abondance des téguments me permit de prendre commodément ce lambeau et de réunir immédiatement la plaie d'emprunt.

Ce lambeau fut suturé aux bords de la perte de substance, avivés dans la mesure nécessaire, et son bord inférieur se repliant sur lui-même forma le contour de la nouvelle narine.

Ici encore l'autoplastie fut heureuse. Notre bonne malade nous

quitta dans les derniers jours de 1903 bien guérie, dans les conditions les plus satisfaisantes.

Sa guérison s'est maintenue depuis et périodiquement l'excellente vieille vient nous témoigner sa gratitude. La figure 2 a été prise un an et demi environ après sa guérison. Le résultat s'est encore amélioré depuis avec le temps, qui a effacé toute trace visible des opérations subies, si bien qu'aujourd'hui, vous pouvez en juger, il est à peu près



FIG. 2.

impossible de soupçonner que la malade a présenté une lésion quelconque du visage et subi une intervention.

II. — CANCER DE L'AILE DU NEZ ET DE LA PARTIE VOISINE DE LA JOUE. — Mme Villé..., âgée de 60 ans, blanchisseuse, me fut adressée au mois de juillet 1905 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Blum que je remplaçais. Elle était atteinte d'un épithélioma ulcéré occupant l'aile gauche du nez, le sillon naso-génien, et s'étendant sur la joue et les confins de la lèvre supérieure. Les dimensions de la plaque néoplasique, y compris le bourrelet épais et surélevé qui l'entourait, pouvaient être comparées à une pièce de un franc. L'aile du nez était profondément envahie, déjà même détruite en partie, et il était nécessaire d'en sacrifier toute l'épaisseur sur une grande partie de sa largeur et de sa hauteur.

Je procédai à l'opération le 21 juillet, extirpai la plus grande partie

de l'aile du nez et une large plaque tégumentaire des parties voisines de la joue, plus d'une pièce de deux francs en surface.

Je laissai la plaie se réparer tout d'abord spontanément. Elle se réduisit dans des proportions presque invraisemblables et la cicatrisation spontanée aboutit au résultat que représente la figure 3.

La malade m'avait suivi de Saint-Antoine à Saint-Louis, où elle



FIG. 3.

était entrée le 30 juillet. Le lobule du nez s'était infléchi vers la gauche, les téguments avaient été attirés de toute part vers la perte de substance. Bref, il persistait une profonde échancrure de la narine gauche, entourée en haut et en arrière par une épaisse bande cicatricielle en forme de croissant, faisant saillie dans la narine et la rétrécissant.

Le 1^{er} septembre je procédai à la restauration de l'aile du nez, me bornant à l'anesthésie cocaïnique.

Je cernai par une incision curviligne la surface cicatricielle en forme de croissant, détachai cette cicatrice en la disséquant de haut en bas

et d'arrière en avant, de manière à la retourner, à rabattre en dedans la surface épidermée, la surface cruentée étant à l'extérieur. Cette sorte de lambeau formé par des tissus cicatriciels mobilisés comblait l'échancrure. Sur sa surface cruentée j'appliquai ensuite un véritable lambeau, un petit lambeau quadrilatère, prélevé sur les téguments du nez, au-dessus de la perte de substance créée par la précédente



FIG. 4.

dissection. Ce lambeau était à pédicule inférieur et postérieur, génien. Je le fis tourner autour de ce pédicule, l'abaissai de manière à le rendre horizontal.

L'ayant mis en place, je ne fis aucune suture et me bornai à maintenir les parties, d'une part à l'aide d'une mèche intranasale, d'autre part avec des compresses appliquées extérieurement. La plaie d'emprunt fut abandonnée à la réparation spontanée.

Le 3 septembre, le lambeau me parut un peu violet, mais adhérent au plan profond.

Le 5, sa vitalité semblait assurée, ainsi que sa réunion au plan sous-jacent. La plaie d'emprunt commençait déjà à se rétrécir.

Le 12, le résultat s'annonçait excellent. Je commençai à dilater et modeler la narine à l'aide de drains.

Le 17, les dernières croûtes sont en train de tomber, la cicatrisation peut être considérée comme complète. Du reste, depuis le 12, je ne mets plus de pansement et me borne à badigeonner chaque jour la plaie au permanganate. La dilatation de la narine est activement poursuivie par des drains de plus en plus gros.

La figure 4 montre l'état de l'opérée au mois d'octobre. Les limites du lambeau, les surfaces cicatricielles sont encore très visibles. Mais le temps a peu à peu estompé les lignes et parachevé l'œuvre réparatrice. Aujourd'hui, vous pouvez en juger, l'aspect du nez est véritablement très satisfaisant. D'ailleurs la guérison persiste ; rien ne laisse soupçonner une récurrence possible de l'épithélioma.

III. — CANCER AYANT DÉTRUIT LA MOITIÉ DROITE DU NEZ. — M^{me} Pr... est entrée au commencement de décembre 1904 à l'hôpital Cochin, pavillon Velpeau, dans le service de M. Richelot. Elle est âgée de 53 ans. C'est une Alsacienne, de constitution très robuste et n'ayant jamais eu d'autre maladie que la lésion du nez pour laquelle elle vient réclamer mes soins.

La maladie semble avoir débuté 7 ou 8 ans auparavant, immédiatement au-dessus de l'aile droite du nez, par une sorte de petite plaque sur laquelle se formaient des croûtes. Ce bobo, sans cesse tourmenté par les ongles de la malade, s'étendit peu à peu. Des médecins consultés firent des applications caustiques, des cautérisations au fer rouge. La lésion n'en continua pas moins à progresser, gagna en surface comme en profondeur, lentement il est vrai, mais sans rémission. La narine fut perforée, la perte de substance s'agrandit et au moment de notre examen la moitié droite du nez est à peu près complètement détruite ainsi que l'indique la figure 5. La brèche présente en hauteur 4 centimètres et demi à 5 centimètres, en largeur 2 centimètres et demi.

Le contour narinaire est interrompu, il n'en reste que les insertions nasale et jugale. Sur tout le pourtour de la perte de substance règne un léger bourrelet dur, entourant une bande ulcéreuse, offrant les caractères de l'épithélioma. Au niveau du contour narinaire il semble que la lésion ait été arrêtée par les cautérisations ; partout ailleurs elle est en voie de progression. La zone d'envahissement est du reste peu étendue, et nous sommes évidemment en présence d'une forme à évolution très lente. L'exploration des régions ganglionnaires est négative. La malade ne souffre pas, mais la difformité résultant de la destruction d'une grande partie du nez lui rend la vie sociale impos-

sible. Elle accepte donc avec un très grand empressement l'intervention qui lui est proposée.

Celle-ci est pratiquée le 9 décembre 1904. J'enlève soigneusement tout autour de la perte de substance une bande de tissu, sacrifiant résolument tout ce qui paraît suspect et coupant à un demi-centimètre au moins de la zone d'envahissement et, en certains points, là où cette

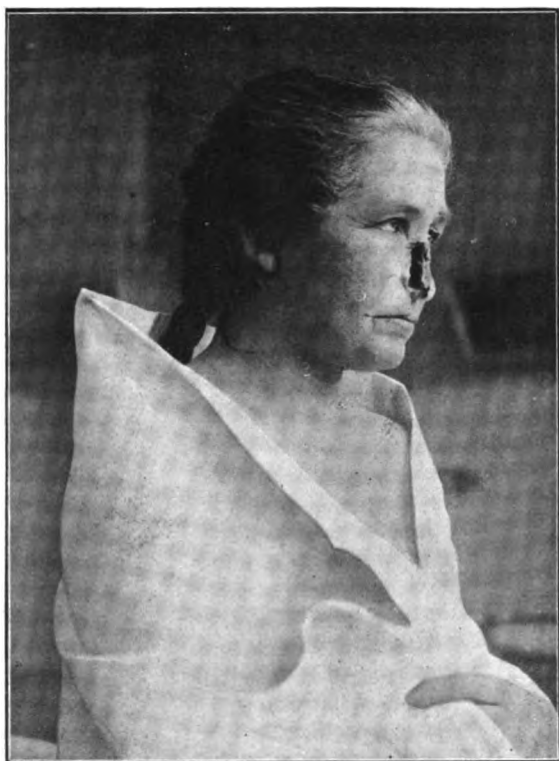


FIG. 5.

zone semble particulièrement mal limitée, plus d'un centimètre. Je dépasse donc la ligne médiane, atteins l'espace intersourcilier, empiète sur le tégument de la joue. Je taille ensuite un grand lambeau sur le front que je rabats, selon la méthode indienne, pour couvrir la perte de substance. L'autoplastie peut être effectuée dans d'assez bonnes conditions. J'ai pu en effet conserver d'une part la cloison des fosses nasales, d'autre part les deux petits débris du contour narinaire qui servent d'amorce à la reconstitution du nouvel orifice de la narine droite. Ils sont libérés, abaissés, avivés et le lambeau vient par son extrémité inférieure s'y appliquer. La face cruentée du lambeau est

à nu du côté de la narine ; l'os propre du nez a dû être réséqué sur presque toute sa hauteur à la pince-gouge, mais il n'en résulte ni difficulté spéciale pour l'autoplastie, ni dommage sérieux pour l'esthétique. Quelques points de suture à la soie maintiennent le lambeau. Quant à la plaie d'emprunt, je la réduis le plus possible, après avoir largement décollé à droite et à gauche les téguments du front. La

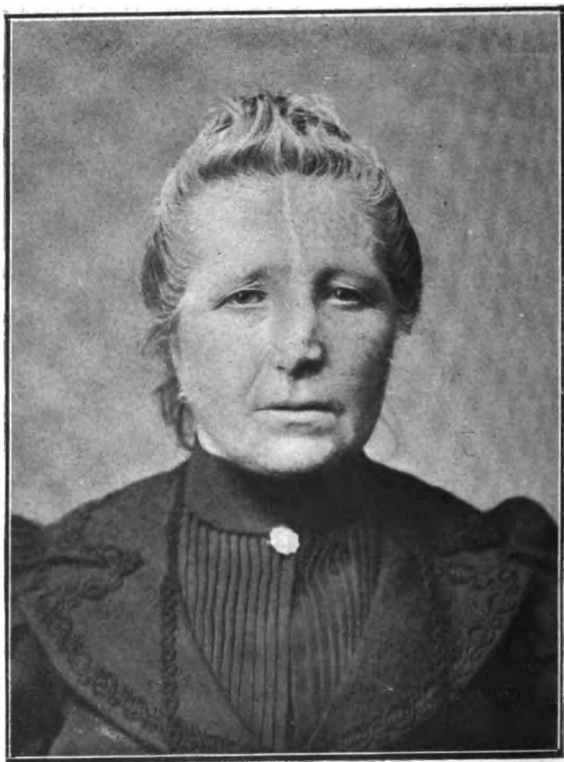


FIG. F.

réunion des bords peut être obtenue sur les deux tiers de la hauteur.

Les suites sont très favorables ; dès le surlendemain nous sommes rassurés sur la vitalité du lambeau et sa réunion aux bords de la plaie est certaine. En effet, les choses se passent très bien, et au bout de quelques jours nous pouvons constater le succès de la rhinoplastie.

Mais ce n'était là que le résultat brut. Quelques retouches sont nécessaires pour mettre au point le nez restauré. Il y a exubérance de tissu au niveau du pédicule et sur le dos du nez, à gauche de la ligne médiane. Cet excès de parties molles est corrigé le 22 janvier 1905,

sous l'anesthésie cocaïnique. Entre temps la plaie frontale avait achevé de se cicatriser.

Depuis ce moment j'ai revu souvent la malade et la guérison ne s'est pas démentie.

Je vous la présente aujourd'hui, toujours bien guérie (fig. 6 et 7), deux ans et demi après l'ablation de l'épithélioma. Les lignes cicatri-



FIG. 7.

cielles se sont adoucies graduellement et le résultat esthétique est, vous le voyez, très convenable. La malade en juge bien ainsi et sa joie est immense d'avoir pu renoncer à l'existence de recluse à laquelle elle s'était condamnée pendant si longtemps.

IV. — CANCER DU DOS ET DU LOBULE DU NEZ. — M^{me} F..., entrée à Cochin le 20 octobre 1905, âgée à ce moment de 52 ans, a été opérée le 24 octobre pour un cancroïde occupant le lobule et le dos du nez. La lésion était un peu plus grande qu'une pièce de 50 centimes, ulcérée et présentait tous les caractères d'un épithélioma. Elle était heureusement superficielle encore,

et je pus en faire l'extirpation sans pénétrer dans l'une ou l'autre narine, ni réséquer aucune partie du squelette fibro-cartilagineux. La plaie résultant de cette ablation était à peu près comparable à une pièce de un franc, et s'étendait symétriquement à droite et à gauche. J'abandonnai à elle-même la plaie résultant de cette décortication. Elle bourgeonna, se nivela, se réduisit graduellement, s'épidermisa enfin, et la guérison était complète en 6 semaines. La cicatrice, grisâtre et n'offrant que de très légères irrégularités, est peu visible et le nez n'est aucunement difforme. Le résultat est donc satisfaisant.

Ce cas est un exemple pris entre beaucoup d'autres de ma pratique, pour montrer la simplicité et la régularité de la réparation obtenue par les moyens les plus simples, quand on n'a pas eu à retrancher des portions du squelette osseux ou cartilagineux du nez, à entamer le contour narinaire ni la sous-cloison, ou à pénétrer dans les narines. Je présente encore cette malade, trop informée par d'intempestives lectures sur la question de l'épithélioma, pour vous faire juger de la solidité de sa guérison et tâcher de la rassurer elle-même sur les craintes de récédive qui la font vivre dans de perpétuelles angoisses.

A propos de cette présentation de malades, je me bornerai à de courtes remarques.

Cette petite série nous permettra tout d'abord d'insister une fois de plus sur le caractère définitif que présente dans la plupart des cas la cure chirurgicale, quand elle ne s'adresse pas à des lésions très étendues et diffuses.

Ces épithéliomas tégumentaires longtemps superficiels, et lents dans leur progression, guériraient toujours et bien simplement si leur ablation était pratiquée en temps opportun. L'extirpation d'un petit cancroïde est une intervention insignifiante qui délivre les malades en peu de jours et leur procure une guérison stable, dans des conditions esthétiques parfaites. Quand il s'agit du nez, l'opération précoce est tout particulièrement indiquée, pour éviter les mutilations qui s'imposent dès que la lésion n'est pas absolument superficielle et qui entraînent des autoplasties délicates ou difficiles.

A cet égard notre observation IV s'oppose aux précédentes par la simplicité très grande avec laquelle s'est effectuée la réparation spontanée. Je rappellerai, en ce qui concerne cette réparation sans autoplastie ce que j'ai déjà écrit plusieurs fois : l'évolution des plaies exposées s'est améliorée dans des proportions extraordinaires depuis les méthodes modernes de pansement, et nous pouvons obtenir très souvent de la nature, convenablement dirigée, des cicatrisations merveilleses.

Dans les trois premiers cas les lésions plus sérieuses ont exigé des sacrifices plus importants et en conséquence des opérations anaplastiques diverses.

A ce propos je signalerai la fréquente opportunité des opérations en deux ou plusieurs temps, ce qui rend les interventions moins graves, moins laborieuses et permet d'atteindre à moins de frais un résultat souvent meilleur.

Cancer de la lèvre inférieure et de la joue.

Par M. MORESTIN.

J. B. Ber..., maraîcher à Saint-Cyr, me fut adressé au mois de juillet 1906, à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Schwartz que je remplaçais. Cet homme avait subi le 10 janvier 1906, à Versailles, l'ablation d'une tumeur de la lèvre inférieure, au voisinage de la commissure. Promptement guéri de cette intervention, il avait dû se soumettre quelques semaines plus tard à une nouvelle opération ; un ganglion s'étant tuméfié dans la région sous-maxillaire, on en avait fait l'extirpation. Mais presque aussitôt une nouvelle tumeur apparaissait au niveau de la cicatrice labiale et s'étendait rapidement aux parties avoisinantes de la lèvre et de la joue.

J. B. B... est entré à Cochin le 25 juillet. La description qu'il nous fait de la tumeur végétante développée à l'endroit même où portait le tuyau de sa pipe (qu'il fumait continuellement), l'envahissement ganglionnaire, la récurrence si rapide, ne laissent guère de doute sur la nature de la lésion.

Notre examen confirme immédiatement cette impression. Une masse dure, mal limitée, occupe la région commissurale, s'infiltré dans le tiers droit de la lèvre inférieure et surtout dans l'épaisseur de la partie adjacente de la joue. Celle-ci est épaissie, elle a perdu de sa souplesse jusqu'à plus de deux travers de doigt en arrière de la commissure. Cet empatement se prolonge en bas jusqu'au maxillaire et il est manifeste que la tumeur commence à adhérer à cet os au niveau du repli gingivo-génien. Des bosselures se dressent, tant du côté de la peau que du côté de la muqueuse, et plusieurs de ces petites éminences sont déjà ulcérées. Une ulcération plus importante occupe la commissure, ulcération à fond anfractueux, entourée de tissus indurés. Plusieurs ganglions augmentés de volume se reconnaissent aisément dans les régions sus-hyoïdiennes médiane et latérales.

Il n'y a pas de leucoplasie. Le sujet ne croit pas être syphilitique, il a deux enfants très bien portants. Son état général excellent, sa constitution très robuste permettent de tenter la cure chirurgicale largement comprise.

Je décide cependant d'agir en plusieurs temps.

Le 27 juillet, je procède à l'ablation de tous les ganglions sus-hyoïdiens latéraux et médians. Une grande incision curviligne allant de l'angle droit à l'angle gauche du maxillaire, à égale distance de son bord inférieur et de l'hyoïde, me permet de faire un évidement complet des deux loges sous-maxillaires et de l'espace compris entre les

ventres antérieurs des deux digastriques. La plaie est ensuite réunie en laissant deux drains plongeant de chaque côté dans les loges sous-maxillaires.

Le 31 juillet, le malade ayant bien supporté la précédente intervention, je pratique l'ablation de toutes les parties envahies par le néoplasme ou suspectes. La lèvre inférieure est sectionnée un peu en dedans de son tiers droit, la lèvre supérieure à un centimètre de la commissure. Une incision presque circulaire va de l'une à l'autre en cernant la tumeur, passant en haut du niveau de la gencive supérieure, en arrière rasant le masséter, en bas suivant le bord inférieur du maxillaire. Cet os est sectionné en avant à la hauteur de l'incisive latérale, en arrière, de la dernière molaire. J'enlève en bloc le fragment de mâchoire et les parties molles condamnées : hémostase, tamponnement. Aucune tentative de réparation immédiate.

Quatorze jours après, le sujet quitte l'hôpital. Sa plaie est en bonne voie ; l'alimentation par les liquides est assez facile ; les suites opératoires ont été apyrétiques et de tout point excellentes.

Le 1^{er} octobre 1906, J. B. B... entre dans mon service à la Maison Dubois, pour l'autoplastie. La vaste brèche créée par l'opération du 31 juillet s'est beaucoup rétrécie ; toutes les surfaces laissées à nu se sont épidermisées, les deux bouts du maxillaire se sont enfouis dans des masses cicatricielles. Le menton s'est un peu déplacé vers la droite et les arcades dentaires ne se correspondent plus exactement.

Le 2 octobre, en présence de plusieurs collègues étrangers venus à Paris pour le Congrès de chirurgie, je procède à la restauration, du moins au temps fondamental de celle-ci. Selon un procédé que j'ai décrit il y a plusieurs années, à la Société Anatomique, puis au Congrès de chirurgie (1903 et 1905), j'ai recours au déplacement des lèvres et de la joue opposée. Les bords de la perte de substance étant préalablement avivés par *dédoublement*, je détache la lèvre supérieure par une incision horizontale passant immédiatement au-dessous du nez et prolongée hardiment sur la joue gauche, et sectionne la muqueuse au niveau du sillon gingivo-labial et gingivo-génien. Ce qui reste de la lèvre inférieure est également détaché par une incision contournant l'éminence du menton et prolongée ensuite horizontalement vers la gauche. Les deux lèvres et la joue, rendues ainsi très extensibles, peuvent être attirées vers la droite.

La lèvre supérieure est alors utilisée en grande partie pour reconstituer la joue. Plus d'une moitié du lambeau fourni par cette lèvre est employée à combler la brèche. Pour cela, le lambeau labial est placé presque verticalement et son extrémité est suturée aux téguments sus-hyoldiens remontés par dissection.

Son bord libre, devenu antérieur dans la portion à laquelle nous avons donné une attitude presque verticale, est avivé par excision de

la bordure rouge et suturé à l'extrémité libre du lambeau formé par le reliquat de la lèvre inférieure.

Si la brèche génienne est ainsi comblée, l'orifice buccal reconstitué se trouve fort exigu et ressemble plus à un anus qu'à une bouche, et situé à droite de la ligne médiane.

Mais c'est là un état temporaire. Au bout de quelques jours, la réunion était obtenue entre les deux lèvres, et, le succès de l'autoplastie génienne ne faisant plus de doute, je débride vers la gauche l'orifice que j'ai plus haut qualifié de buccal, tout en le comparant à un anus. Ce débridement porte en fait sur la joue gauche, attirée au-devant des incisives. J'assure la permanence de cet agrandissement de la bouche en suturant la muqueuse à la peau. Le malade nous quitte le 15 octobre.

Une petite retouche est encore nécessaire pour agrandir la bouche vers la droite, en entaillant le lambeau avec lequel la joue a été reconstituée. Elle a lieu un mois plus tard, sans anesthésie, même locale, car la sensibilité n'est revenue que plus tard sur ces parties.

Enfin, à deux reprises, j'ai dû toucher au thermo une petite fistulette laissant filtrer la salive à l'union de la lèvre inférieure et de la joue.

La guérison, enfin obtenue après ces derniers soins, ne s'est pas encore démentie. Le sujet, très énergique, s'est efforcé de mobiliser son maxillaire dévié vers la droite. Il est arrivé à manger fort bien, à mastiquer le pain, la viande. Son état général est superbe. Il travaille toute la journée, il chasse, il a repris complètement sa vie normale. Il n'est même pas trop laid, et n'ayant rien perdu de sa bonne humeur, il nous assure qu'il réussit encore à plaire.

Ce n'est pas au point de vue esthétique que je vous présente ce malade. Dans de tels cas, il n'en est pas question. Il s'agit, après les délabrements considérables exigés par de grandes interventions contre des tumeurs étendues, de réparer grosso modo le plus simplement, le plus promptement possible, trop heureux de pouvoir reconstituer une cavité buccale étanche et continente. C'est ce qui a été réalisé chez mon opéré; et nous nous félicitons l'un et l'autre de ce résultat.

Le Secrétaire,

E. LENGLET.

Le Gerant : PIERRE AUGER.

CORBEIL. — IMPRIMERIE ÉD. CRÉTÉ.

SÉANCE SUPPLÉMENTAIRE DU 16 MAI 1907

Présidence de M. Charmeil.

SOMMAIRE. — Traitement du lupus tuberculeux par la radiothérapie et la photothérapie combinées, par M. DARBOIS. (Discussion : M. LEREDDE.) — Sur le traitement du lupus tuberculeux, par M. DANLOS. (Discussion : MM. DE BEURMANN, DANLOS, MORY.) — Traitement du lupus tuberculeux par le chlorure d'antimoine, par M. TROISFONTAINES. — Le traitement opératoire du lupus, par M. MORESTIN. — Traitement du lupus de la face par la photothérapie, par MM. DE BEURMANN et DEGRAIS. (Discussion : MM. LEREDDE, DANLOS, DE BEURMANN, CHARMEIL).

Traitement du lupus tuberculeux par la radiothérapie et la photothérapie combinées.

Par M. DARBOIS.

Considérées souvent comme deux méthodes rivales pour le traitement du lupus, la radiothérapie et la photothérapie, loin de s'exclure l'une l'autre, peuvent au contraire s'entr'aider mutuellement.

M^{me} L..., 38 ans, m'a été adressée le 4 mars 1906 par M. Hallopeau, pour un lupus de la joue gauche, grand comme une pièce de vingt sous et ayant débuté 6 mois auparavant. Derrière la branche montante du maxillaire inférieur existait un gros ganglion bacillaire.

Submatité et râles sous-crépitaux au sommet droit.

Vous voyez que le ganglion rétro-maxillaire est aujourd'hui introuvable et que la cicatrice du lupus, objectivement guéri depuis le mois de juillet 1906, est parfaitement plane, sans pigmentation anormale ni atrophie de la peau.

Voici le traitement qui a été suivi :

Pour débiter, une séance de radiothérapie de 3 unités H afin de tâter la susceptibilité de la malade. Puis, tous les 15 jours environ, une séance de 5 H sur le ganglion et sur le lupus, en employant des rayons n° 3 à 4 du radiochromomètre de Benoist. A partir du 18 mai, c'est-à-dire environ 2 mois après le début du traitement (en plus des séances bimensuelles de radiothérapie), tous les 8 jours, 45 minutes de photothérapie sur le lupus.

Le 11 juillet, 4 mois après le début du traitement, la malade objective-

ment guérie, partait pour la Savoie, où elle faisait une cure d'air pendant l'été. Elle revenait au mois d'octobre en excellent état, et pour éviter toute récédive je la soumettais à 2 séances de photothérapie et à 4 séances radiothérapiques de 5 H chacune.

La guérison objective s'est maintenue depuis lors.

J'ai traité 5 autres lupiques par le même procédé : 4 sont guéris depuis 2 mois au moins, 9 mois au plus ; avant de parler de guérison définitive, il faut donc encore attendre. Le cinquième malade est en traitement. Tous ces lupus siégeaient à la face, étaient relativement récents, peu étendus mais en voie d'extension rapide, enfin, vierges de tout traitement antérieur. La guérison a été obtenue en 3 à 5 mois. La cicatrice a toujours été excellente.

De ces points, je crois pouvoir conclure que si la radiothérapie est incapable à elle seule de guérir le lupus, elle peut du moins être très utile pour commencer un traitement : en agissant rapidement sur les tissus bourgeonnants ou infiltrés, sans provoquer la formation de tissu fibreux comme le grattage et les caustiques le font si souvent, elle abrège la durée totale du traitement ; et comme les séances de radiothérapie sont beaucoup plus courtes et moins fréquentes que celles de photothérapie, il en résulte une économie de temps pour le médecin et le malade.

Parfois, il est vrai, les rayons X déterminent des télangiectasies et des atrophies de la peau : ces graves inconvénients tiennent en partie à une mauvaise technique et sont surtout marqués quand on fait des séances courtes et fréquentes avec des rayons durs (7 à 8 du radiochromomètre Benoist).}

Du reste la photothérapie fait disparaître ces télangiectasies superficielles. Douze heures environ après le traitement par la lumière, apparaît une phlyctène à sérosité roussâtre qui se dessèche ensuite, laissant, après la chute de la croûte qui lui succède, une surface rosée sans arborisations vasculaires apparentes.

M. LEREDDE. — Je suis très intéressé par les résultats que vient de nous montrer le Dr Darbois. Je n'admets pas ses conclusions sur la photothérapie, mais je suis de son avis en ce qui concerne l'association de la radiothérapie à la photothérapie dans le traitement du lupus. La question a été très étudiée à l'étranger et, autant qu'on peut le dire à l'heure actuelle, la radiothérapie, qui n'est pas une méthode curative régulière du lupus tuberculeux, est une excellente méthode adjuvante préliminaire ou consécutive. Elle peut être employée pour diminuer l'épaisseur d'un lupus, atténuer les lésions avant de faire la photothérapie. Elle peut l'être dans les grands lupus inguérissables et donne alors d'excellents résultats plastiques. Quand on l'emploie avant la photothérapie, il faut cependant faire attention à ne pas amener une sclérose trop intense qui empêcherait l'action de celle-ci au point de

vue curatif. D'autre part, j'ai vu noter par les auteurs allemands que la photothérapie employée sur des surfaces traitées déjà énergiquement par la radiothérapie pouvait donner des ulcérations, ce qui n'arrive jamais, on le sait, lorsque celle-ci est employée seule.

Sur le traitement du lupus tuberculeux.

Par M. DANLOS.

Tous les procédés de la thérapeutique moderne appliqués au traitement local du lupus tuberculeux peuvent se grouper sous trois titres : IRRADIATION, SCARIFICATION, DESTRUCTION.

IRRADIATION. — Les agents qui servent à la réaliser sont les suivants : lumière, chaleur, radium, rayons de Röntgen, électricité.

L'emploi de la lumière a été imaginé et réglé par Finsen. C'est une méthode excellente, aujourd'hui classique et universellement employée. Elle présente deux avantages : la beauté des cicatrices et l'absence de douleurs. Aussi passe-t-elle pour le traitement de choix dans les lupus de la figure. Ses inconvénients sont la multiplicité des séances qu'elle nécessite quand le lupus est étendu. A ce point de vue, elle est presque inapplicable à certains lupus gigantesques que nous observons à Saint-Louis. Elle offre en outre le défaut d'exiger une installation spéciale dispendieuse et des frais élevés de fonctionnement. C'est un procédé d'hôpital ou de maison de santé. Par d'autres moyens, le médecin éloigné des centres peut obtenir des résultats sensiblement aussi bons.

La chaleur n'a fait l'objet que de quelques tentatives isolées. On conçoit cependant que l'on puisse, à l'aide d'un dispositif spécial, entretenir à la surface des plaques lupiques une hyperthermie locale constante, capable d'en déterminer la régression soit en modifiant la vitalité des tissus, soit en rendant le terrain impropre au bacille. C'est d'ailleurs une méthode qui n'a pas fait l'objet d'expériences suivies, je ne l'ai jamais employée et n'en puis rien dire de personnel.

Il n'en est pas de même des suivantes :

Radium. — Dès les premiers mois qui ont suivi la découverte du radium, ayant eu la bonne fortune d'être mis en rapport avec M. Curie, j'ai obtenu de lui des produits radifères que j'ai appliqués à la thérapeutique de plusieurs dermatoses et en particulier du lupus tuberculeux. Mes premiers essais ont été faits avec des produits dont le pouvoir radiant allait de 1 000 à 3 000. Après des applications dont la durée variait de 4 jusqu'à 10, 15 et même 20 heures, j'obtenais sur les plaques lupiques une radiodermite ulcéreuse suivie de cicatrice et de guérison. Plus tard, M. Curie m'a fourni des produits plus actifs sous forme de capsules plates, rondes, d'un centi-

mètre et demi de diamètre, contenant chacune 5 centigrammes d'un produit d'activité 300 000, enfermé entre deux lames métalliques, l'une en cuivre, épaisse pour protéger contre l'irradiation; l'autre, très mince en aluminium, destinée à s'appliquer sur la surface malade. Ces capsules m'ont donné des résultats excellents qui se maintiennent encore aujourd'hui. Avec elles et des applications variant d'une demi-heure à une heure, suivant l'épaisseur présumée des tissus malades, en répétant les applications 2 ou 3 fois, à 3 ou 4 semaines d'intervalle chaque fois, j'ai guéri un certain nombre de petits lupus de la face. Ce procédé est simple, élégant, rapide relativement, et donne d'excellentes cicatrices. Il a pourtant, outre le prix très élevé de l'instrumentation qu'il nécessite (les petits disques de M. Curie représentaient une valeur commerciale de 1 000 francs environ), quelques inconvénients. Il est assez difficile de régler la durée des applications sans dépasser le but et il m'est arrivé une fois de produire une radiodermite rebelle et douloureuse, tout à fait comparable à celles déterminées par une application défectueuse des rayons X.

Malgré cette difficulté, je considère ce traitement comme une méthode de choix pour les petits lupus de la face. On pourrait aussi, comme je l'ai indiqué dans une communication antérieure, tenter de remplacer cette méthode, que j'ai dénommée *ulcéreuse*, par la méthode des applications courtes et répétées qui permettraient peut-être de guérir par absorption interstitielle et sans ulcération. J'avais tenté quelques essais par ce procédé, que je qualifiais, par opposition, de méthode sèche; la mort à jamais regrettable de M. Curie, en me privant de radium, ne m'a pas permis de les poursuivre.

J'ajouterai simplement que l'action du radium se limitant à l'étendue de la surface du disque, et celle-ci, en raison du prix élevé du produit, étant nécessairement très restreinte, le procédé ne s'applique pratiquement qu'à des lupus très petits.

Rayons X. — En attendant que le prix du radium baisse assez pour mettre le produit, en quantité suffisante, à la portée de tout le monde, nous avons dans l'emploi des rayons X un succédané parfait.

Ce n'est pourtant pas tout à fait la même médication, puisque l'irradiation du radium est constituée surtout par les rayons cathodiques (80 p. 100 dans les disques de M. Curie) ou rayons β et celle des ampoules exclusivement par des rayons X ou rayons γ . Néanmoins, les deux procédés sont très comparables et provisoirement les rayons X ont cette supériorité qu'on peut les produire à moins de frais, en quantité indéfinie et sur de grandes surfaces.

Ayant à ma disposition d'excellents appareils, j'ai depuis plusieurs années traité nombre de lupiques par l'irradiation des ampoules et je puis fournir à ce sujet des renseignements basés sur mon expérience

personnelle. Tous les lupus bénéficient de l'irradiation X et peuvent être guéris par elle ; mais il faut faire à ce point de vue une différence capitale entre le *lupus tuberculeux type* sans tendance à l'ulcération et la variété que l'on désignait jadis sous le nom de *scrofulide crustacée ulcéreuse maligne*. Le premier guérit par les rayons X plus vite peut-être et aussi bien que par la lumière ; mais, malgré ce mot plus vite, c'est par dizaines qu'il faut compter le chiffre des séances sur une même plaque ; et par conséquent, comme on doit espacer les séances pour éviter une radiodermite trop intense, la guérison est toujours très longue. La scrofulide crustacée ulcéreuse, au contraire, surtout dans sa forme végétante, cède beaucoup plus rapidement. Pour cette variété de lupus, l'irradiation par les rayons X est, à mon avis, le traitement de choix quand les malades habitent un centre. Il a tous les avantages : rapidité, simplicité, absence de douleurs, etc. Il s'applique en outre très bien, avec quelques précautions spéciales, au traitement du lupus des muqueuses (lèvres, pituitaire quand le nez est détruit). Je n'insiste pas, ne voulant pas donner trop d'étendue à ma communication, sur les détails de la technique (numéro des rayons, espacement et durée des séances, distance à l'anti-cathode, etc.). Je me contenterai de dire qu'en pareil cas je ne redoute pas un léger degré de radiodermite et je me demande même si dans le *lupus tuberculeux type* celle-ci n'est pas utile pour accélérer la guérison. On peut aussi dans le lupus tuberculeux sans ulcération faire, quelques minutes avant l'irradiation, des scarifications quadrillées. Il m'a semblé que la radiothérapie devenait ainsi plus active, mais il est prudent alors de diminuer la durée de l'irradiation, de manière à ne pas dépasser 3 à 4 H par séance.

Électricité. — J'ai essayé dans un petit nombre de cas l'irradiation électrique sous deux formes : effluves négatives d'électricité statique, effluves de haute fréquence. Les premières ne m'ont donné, malgré un excellent outillage, aucun résultat ; il en a été de même pour les secondes ; mais comme mon appareil était d'un faible débit, je n'en puis rien conclure. Pour utiliser l'effluve de haute fréquence, je disposais sur la plaque lupique un tampon de gaze métallique enfermé dans une compresse et relié au solénoïde. Ce procédé ne me donnant rien, j'ai voulu profiter de l'analgésie incomplète et temporaire qu'il communique aux tissus, pour compléter les séances par l'emploi des étincelles de haute fréquence. Mais celles-ci étaient douloureuses quand même, trop peu nourries et trop peu pénétrantes en raison de la faiblesse de mon appareil, pour cautériser profondément les tissus. Avec un appareil plus fort je me propose de reprendre ces essais, et je crois, l'ayant déjà vérifié, que, tout au moins dans le lupus érythémateux, le procédé pourra être utile. Observons que dans ces séances mixtes, il ne s'agit plus d'un traitement par effluve,

car celle-ci n'intervient que pour analgésier un peu les tissus, et l'emploi consécutif de l'étincelle est un procédé de destruction par électro-ignipuncture et non d'irradiation.

SCARIFICATION. — C'est un procédé excellent qui depuis longtemps a fait ses preuves. Il est assez rapide et donne des cicatrices parfaites. En outre, il présente l'avantage d'être, sans outillage dispendieux et sans apprentissage spécial, à la portée de tout le monde; mais il ne s'applique guère qu'aux petits lupus. Pour les plus grands il demande aux malades beaucoup de temps et de courage, car les scarifications sont douloureuses et chez quelques sujets nerveux, l'imagination aidant, les douleurs deviennent parfois telles qu'il faut suspendre les séances. Les scarifications simples m'ont toujours donné des résultats aussi bons que les scarifications ignées au couteau de platine; la crainte théorique de voir le lupus se réinoculer ou donner de la tuberculose à distance ne m'a jamais paru justifiée.

Simple et surtout ignées, les scarifications sont encore plus utiles dans le lupus des muqueuses que dans celui de la peau.

DESTRUCTION. — C'est le procédé essentiel de guérison. Il s'applique à tous les lupus, grands ou petits, avec le même succès, et peut être réalisé par la *chirurgie*, les *agents physiques*, les *caustiques* et surtout un *procédé mixte* qui, dans les grands lupus, a toutes mes préférences, le grattage suivi d'une cautérisation énergique.

La *chirurgie*, c'est-à-dire l'ablation, est sans contestation, pour les petits lupus de la face, le procédé le meilleur. Il offre dans ce cas deux avantages: rapidité et perfection absolue du résultat. Au bout de quelques jours, le lupus est remplacé par une cicatrice linéaire qui chez les jeunes sujets s'étale et diminue encore par les progrès du développement. Sur les lupus étendus, l'indication est moins nette; car lorsqu'il faut, soit par une greffe de Thiersch, soit par une autoplastie, combler la perte de substance, le résultat au point de vue esthétique ne vaut souvent pas mieux que ceux que nous obtenons, plus lentement il est vrai, par les procédés médicaux.

Agents physiques. — Ils ont été et sont encore employés sous deux formes: *ignipuncture*, *électrolyse*.

L'*ignipuncture* est une méthode excellente qui convient parfaitement au lupus des muqueuses et au lupus disséminé par petits éléments, quelle qu'en soit l'étendue. Elle rend encore de grands services dans les cas où le grattage est difficile; par exemple quand des points isolés se reproduisent dans l'épaisseur d'une cicatrice de guérison. En pareil cas, le grattage avec cautérisation est long et minutieux. Avec une pointe multiple l'*ignipuncture* bien faite est aussi efficace, plus expéditive et à peine plus douloureuse. Pour les lupus formant une nappe continue de tubercules ou d'ulcérations, l'*ignipuncture* est un procédé à rejeter; une fois pourtant je l'ai employée seule dans

un lupus de la joue grand comme la paume de la main. Malgré le courage exceptionnel de la malade, il m'a fallu 5 ou 6 séances pour détruire la surface malade. Le résultat au point de vue esthétique a été assez bon ; mais 3 ans plus tard un point de récurrence s'est montré dans la cicatrice. En somme, c'est en pareil cas un traitement défectueux. Même avec l'aide du chloroforme, je l'estime inférieur, sous le rapport de la rapidité et de la qualité du résultat, au procédé mixte dont je parlerai tout à l'heure.

L'électrolyse peut très simplement déterminer par mortification électrolytique la destruction d'un tubercule de lupus ; mais l'opération est douloureuse et nécessite un outillage dispendieux. Elle est pratiquement inapplicable à une plaque lupique étendue ou à un lupus à petits foyers multiples.

Je suis parvenu à réaliser d'une manière beaucoup plus simple la destruction électrolytique du tissu malade par l'emploi du procédé que j'ai fait connaître il y a quelques années et que j'ai désigné sous le nom de *procédé des couples*. Mon point de départ a été la remarque suivante. Quand on prépare de l'hydrogène avec du zinc et un acide, si la réaction marche mal, on peut instantanément l'activer en ajoutant au liquide quelques gouttes d'une solution de chlorure de platine ou d'une solution de sulfate de cuivre. L'explication du fait est la formation de couples électrolytiques, zinc cuivre, ou zinc platine. Ces couples sont également employés dans quelques opérations de chimie organique. J'ai pensé qu'ils auraient peut-être le pouvoir de détruire par électrolyse le tissu lupique et l'expérience a justifié cette prévision. Je les prépare au moment du besoin avec de la limaille de zinc et une solution saturée de sulfate de cuivre. On peut employer aussi le zinc en poudre ; mais la quantité considérable de tutie qu'il renferme toujours m'a paru le rendre moins actif. La limaille peut servir telle quelle ; mais il vaut mieux la dégraisser préalablement par l'éther ou l'acétone, ou même par une ébullition de quelques minutes avec de l'eau. Les proportions de zinc à employer sont supérieures à celles que la théorie permet de calculer. Je suis arrivé par tâtonnement au chiffre de 25 à 30 grammes de limaille pour 100 grammes d'une solution saturée de sulfate de cuivre. Pour obtenir les couples, on opère très simplement de la manière suivante : On ajoute à la solution de sulfate de cuivre son volume d'eau et on la verse dans un matras ou dans une capsule ; on y laisse ensuite tomber la limaille. On mélange vivement, soit par agitation si on s'est servi d'un matras, soit avec un abaisse-langue en bois si l'on emploie une capsule. Le mélange s'échauffe énormément et en un instant le liquide éclairci et décoloré apparaît surmontant une masse métallique noire qui constitue les couples. On les laisse travailler quelque temps et, quand on juge par le dégagé-

ment des bulles d'hydrogène qu'ils sont en pleine activité, on décante et on lave avec un peu d'eau le dépôt bi-métallique pour le débarrasser du sulfate de zinc formé. On l'égoutte ensuite sur un lit de papier à filtre et quand il présente la consistance d'une pommade, on en dépose une couche épaisse, en appuyant un peu, sur la surface lupique. Pour éviter des cassures dans cette masse, on applique à la surface quelques filaments d'ouate qui la consolident ; on recouvre le tout d'une feuille imperméable débordant largement l'enduit, et par-dessus on place un tampon compressif d'ouate que l'on maintient par une bande. L'application est alors terminée.

Quand elle est bien réussie, au bout de quelques minutes le malade commence à ressentir des douleurs qui peuvent durer jusqu'à 36 heures et pendant lesquelles la surface malade et les parties voisines enflent considérablement. L'enflure tombe bientôt, et si on enlève alors le pansement compressif on voit la masse métallique profondément incrustée dans les tissus. On la laisse telle quelle, recouverte, bien entendu, d'un pansement. Au bout de quelques jours, la suppuration détache l'eschare organo-métallique et la réparation se fait avec une étonnante rapidité. Ce procédé m'a donné quelquefois de très belles cicatrices (ex. : Moulage n° 2414) et dans des lupus très étendus il y a en outre l'avantage de faire le minimum de délabrement, ces couples paraissant avoir une action élective sur le tissu morbide ; mais il n'est pas sans inconvénients. Le principal est la douleur, qui peut être très violente pendant plus de 36 heures, au point d'exiger l'emploi de la morphine. En outre, par une raison que je ne m'explique pas, les couples, quoique préparés de la même manière, ne prennent pas toujours également bien ou ne mordent que sur une partie de la surface. Dans le premier cas, il n'y a pas d'inconvénients, on en est quitte pour recommencer ; mais quand la prise n'est que partielle, il faut recourir à une nouvelle application qui ramène les douleurs et c'est là un défaut sérieux. J'ajoute que sur les surfaces très mobiles, sur les lèvres ou près d'elles, les couples adhèrent mal. Pour ces différentes raisons, bien que ce procédé m'ait donné d'excellents résultats, je lui préfère le suivant, d'emploi plus sûr et plus général.

Procédé mixte. — Je désigne sous ce nom une méthode qui consiste à détruire mécaniquement la plus grande partie du tissu malade par le raclage et à compléter la destruction du reste par des caustiques. On me demandera peut-être pourquoi je n'emploie pas exclusivement le raclage ou le caustique. Avec le raclage on détruit bien la plus grande partie de la masse morbide ; mais, ceci fait, il reste dans le derme de petites aréoles lupiques où la curette ne pénètre pas et qui sont des foyers de repullulation. D'autre part, avec le caustique seul, on ne voit pas ce qui se passe, on risque de faire trop ou trop peu, car il est difficile de juger *a priori* la profondeur du mal, qui peut

n'être pas la même dans toute l'étendue. Après le raclage cette difficulté n'existe plus. Je commence donc par le raclage que je fais très énergique, surtout sur les bords, et quand la curette criant sur le tissu ne ramène plus rien j'applique le caustique. Celui-ci peut être un caustique quelconque. J'en ai essayé plusieurs : d'abord des caustiques solides, par exemple le caustique de Filhos, mais il se produit sous le crayon une bouillie molle et l'on juge difficilement où l'on doit s'arrêter ; on peut aussi appliquer la pâte de Canquoin, déjà utilisée par Tenneson, et qu'on laisse en place de 4 à 6 heures. J'ai fait usage aussi d'une pâte à base de permanganate de potasse ; je la prépare au moment de l'emploi avec du permanganate de potasse en poudre que je lie avec un peu d'alumine gélatineuse et d'eau. On obtient ainsi une pâte molle que l'on applique avec une spatule sur la surface cruentée, après arrêt du sang. Toute autre matière agglutinative inorganique et non réductrice peut remplacer l'alumine (acide phosphorique, etc.), on peut même sans grand inconvénient pratique employer des matières organiques peu oxydables (vaseline, etc.). Cette pâte mange littéralement le tissu morbide sans faire d'eschare proprement dite, et au bout de quelques jours on obtient une belle surface qui bourgeonne très activement. Ce procédé donne de bons résultats (ex. : Moulage n° 2393), mais il a plusieurs défauts. D'abord les hémorragies en nappe, qui se produisent assez souvent quelques heures après l'opération, obligent à défaire le pansement et diminuent par dilution l'action du caustique ; puis les cicatrices consécutives, que j'ai vues presque toujours chéloïdiennes. On pourrait peut-être empêcher les hémorragies en remplaçant le permanganate de potasse par celui de chaux, mais il est déliquescent et difficile à conserver en poudre. Les chéloïdes diminuent, il est vrai, avec le temps et peut-être pourrait-on les prévenir par l'emploi des rayons X ; mais, ces inconvénients supprimés, resterait la grosse et capitale objection : que l'action caustique est souvent insuffisante. Pour ces divers motifs, je préfère employer d'autres substances.

En raison de leur pouvoir plus grand de pénétration, je me sers de caustiques liquides. J'ai fait usage d'acide sulfurique pur, d'acide nitrique, etc. Le premier exige quelques précautions et l'emploi d'un pinceau d'amiante ; le second est plus facile à manier et tous deux remplissent le but. Mais le caustique, que j'emploie de préférence, car il est d'un maniement facile et d'un effet sûr sans excès, c'est le chlorure de zinc en deliquium, c'est-à-dire au maximum de concentration et à l'état de sirop épais. Il n'est pas hémostatique, pas plus d'ailleurs que les caustiques acides, mais il a l'avantage de respecter presque complètement les parties recouvertes d'un épiderme sain, ce qui simplifie beaucoup son emploi. J'en imbibe copieusement un pinceau

d'ouate et je le passe, en frottant énergiquement, sur toute la surface oruente après arrêt du sang, et en insistant particulièrement sur les bords. Sous l'influence de cette friction, la plaie noircit et le sang reparait sur plusieurs points. Je change alors de pinceau et je renouvelle le badigeonnage et la friction jusqu'à imbibition suffisante, c'est-à-dire jusqu'à formation d'une eschare gris noir avec coloration blanchâtre de l'épiderme des bords. Il ne faut pas craindre d'user largement du chlorure ; on n'en met pour ainsi dire jamais trop. La cautérisation jugée suffisante, j'essuie avec de l'ouate le liquide en excès qui s'est répandu sur les parties saines périphériques et je fais un pansement sec pour permettre au caustique de continuer son action. Après 4 ou 5 heures, le pansement sec est remplacé par un pansement humide et celui-ci continué jusqu'à cicatrisation. Cette méthode s'applique à tous les lupus du type tuberculeux vrai végétant ou ulcéreux, qu'ils soient grands ou petits ; dans tous, elle donne d'excellents résultats et peut rivaliser avec les meilleures méthodes, sans cependant leur être toujours préférable. Ainsi, dans les petits lupus de la face elle est inférieure à l'exérèse chirurgicale ; mais dès que les lupus sont un peu étendus, si les éléments sont assez agglomérés pour que le grattage soit facile, l'indication se précise. Elle est absolue pour ces lupus gigantesques qui occupent, isolément ou simultanément, la presque totalité de la figure et d'un ou plusieurs membres, lupus qu'on ne voit qu'à Saint-Louis où tous les malheureux qui en sont atteints finissent toujours par échouer après des années de traitement infructueux. Par elle j'ai guéri ou plutôt détruit en *une seule séance* des lupus qui avaient résisté à toute autre médication et dont la guérison par le procédé de Finsen aurait exigé des milliers de séances et des années de traitement.

Après le grattage et la chute des eschares, il faut naturellement un temps plus ou moins long avant que la réparation ne soit complète ; et le résultat définitif n'est acquis qu'après des semaines, ou même 2 ou 3 mois de pansements. Dans les jours qui suivent l'opération, si le raclage a porté, comme il arrive quelquefois, simultanément sur toute la figure et s'il a fallu en outre décortiquer la presque totalité d'un membre ou racler des plaques du tronc, l'état général comme chez les grands brûlés est pendant quelque temps précaire ; mais assez vite les plaies bourgeonnent bien et la guérison se produit avec une rapidité parfois surprenante ; parfois cependant avec quelque lenteur suivant la vigueur du sujet. Le résultat acquis est souvent définitif. La présence à Saint-Louis, où leur mutilation les oblige à rester comme serviteurs, de plusieurs de mes opérés demeurés sans récidive après 5, 6 et même 9 années, permet de contrôler chaque jour cette assertion et témoigne éloquentement en faveur de la méthode. Des récidives peuvent néanmoins se produire ; habituelle-

ment, quand l'opération a été bien faite, c'est non dans le périmètre des surfaces traitées mais autour d'elles et dans leur voisinage immédiat qu'elles ont lieu. Avec un peu de surveillance, on peut vite les arrêter. Ce que je viens de dire ne s'applique qu'au lupus de la peau et principalement au lupus où les tubercules forment une nappe continue. Dans le cas où les nodules apparaissent et repullulent isolément et en grand nombre dans des surfaces cicatricielles, le curettage et la cautérisation deviennent un véritable travail de Pénélope, et, puisqu'on est alors obligé de prendre les éléments un à un, on va plus vite et l'on fait aussi bien avec le galvano-cautère. Quand les muqueuses sont envahies en même temps que la peau (pituitaire, muqueuse buccale), il faut aussi, à titre adjuvant, recourir au feu. J'emploie dans ce cas le Paquelin à l'aide duquel je détruis, dans toute l'étendue accessible, la muqueuse malade. La destruction est facile quand le mal n'est pas trop profond, car le malade est déjà sous le chloroforme ; mais à la fin de l'opération, avec l'hémorragie en nappe qui s'étale sur sa peau, l'eschare noire de ses muqueuses et l'odeur acre de chair brûlée qui s'en exhale, le patient a presque l'air d'un malheureux soumis à la torture et l'opérateur fait un peu figure de bourreau. Heureusement, tout cela ne dure pas et le résultat ultérieur défie toute comparaison.

Dans les lupus très petits on peut se passer de l'anesthésie ou se contenter d'un jet de chlorure d'éthyle. Le temps le plus pénible est l'application du caustique, mais le premier badigeonnage est seul douloureux ; ceux que l'on fait 1 ou 2 minutes après le premier sont à peine sentis, comme si la première application avait sidéré les extrémités nerveuses. Dans les lupus un peu, plus étendus dont l'opération peut se faire en quelques minutes, les inhalations du chlorure d'éthyle sont d'un précieux secours ; le chloroforme n'est indispensable que quand le grattage est difficile (cicatrices) ou doit porter sur de grandes surfaces.

Les cicatrices consécutives sont souvent très belles et comparables à celles que donne le Finsen, mais parfois aussi chéloïdiennes.

En général les chéloïdes diminuent au bout de quelque temps et ne sont plus trop disgracieuses. Mieux vaudrait cependant en prévenir le développement et c'est ce que j'ai essayé de faire avec une apparence de succès. Toutefois le nombre des cas ainsi traités ne me permet pas d'être affirmatif. On sait que les chéloïdes peuvent être guéries par les rayons X. Pensant que ceux-ci auraient aussi le pouvoir de prévenir, j'ai soumis un de mes opérés une fois, *une seule*, aux rayons de Röntgen quand les bourgeons charnus ont été bien établis : j'ai fait absorber à la plaie de 3 à 4 H et j'ai attendu la guérison. Cette pratique m'a semblé diminuer un peu l'activité bourgeonnante, rendre la plaie moins vive et en retarder peut-

être la guérison ; mais je n'ai pas eu de chéloïde. Je conviens d'ailleurs qu'un seul cas est insuffisant pour se faire une conviction ; mais comme ce malade avait deux foyers lupiques et que la plaque non irradiée est devenue chéloïdienne, l'autre ne l'étant pas, cet essai est tout au moins une indication.

(M. Danlos, à l'appui de ses diverses conclusions, fait ensuite passer devant la Société une quinzaine de malades traités par les divers procédés qu'il a exposés et qui restent guéris depuis 4, 5 et même 9 ans, sans récurrence sérieuse ou même absolument sans récurrence.)

M. DE BEURMANN. — Je suis frappé des brillants résultats que M. Danlos a obtenus par le grattage et l'application du chlorure de zinc. C'est un traitement qui peut rendre service dans certains cas et surtout dans ces vastes lupus qu'on observe principalement à l'hôpital.

Un certain nombre des malades qu'on nous a présentés n'étaient pas atteints de lupus tuberculeux proprement dit, mais de gommescrofulo-tuberculeuses.

M. DANLOS. — Parmi les malades que j'ai présentés, beaucoup étaient atteints de lupus tuberculeux vrai. Je tiens en effet à bien faire remarquer que le grattage suivi d'application de chlorure de zinc, s'il donne de bons résultats dans les autres formes de la tuberculose cutanée, s'applique avec le même succès au lupus tuberculeux authentique.

Certains de mes malades étaient atteints de ces lupus tuberculeux géants depuis de longues années et avaient séjourné sans autre bénéfice qu'une amélioration temporaire dans d'autres services, avant d'être soumis au mode de traitement qui les a complètement guéris pour un temps du moins ; je n'ose dire définitivement, car je ne puis affirmer que sur ces terrains prédisposés la tuberculose ne germait pas de nouveau un jour ou l'autre.

M. MOTY. — Je voudrais rappeler en quelques mots le traitement que j'emploie depuis de longues années et qui me donne toute satisfaction tant au point de vue de ses résultats thérapeutiques qu'au point de vue de sa facilité d'application.

Je viens d'en obtenir encore récemment une guérison complète sur les petits foyers d'un lupus et qui le sera bientôt sur la plaque principale : il s'agit d'une femme de 50 ans, atteinte aux deux mains depuis une quinzaine d'années. Le dos de la main droite, y compris les doigts, est pris en totalité. Sur la main gauche il y n'a que des foyers de petites dimensions.

Elle est soumise au traitement par les injections interstitielles de naphthol camphré que l'on répète tous les 15 jours, en les multipliant le plus possible à chaque séance. — Au bout de deux séances, la malade a pu reprendre son métier de couturière, et les foyers de la main gauche ont disparu ; après 5 mois, la main droite est presque guérie.

Cette méthode est particulièrement avantageuse pour la pratique de la campagne.

Traitement du lupus tuberculeux par le chlorure d'antimoine.

Par M. TROISPONTAINES.

Je demande à pouvoir dire quelques mots d'un procédé de traitement du lupus tuberculeux applicable dans un grand nombre de cas, ne nécessitant l'emploi d'aucun instrument et susceptible de donner des résultats très favorables, si on l'utilise avec la persévérance voulue.

Il ne s'agit pas d'un mode de traitement qui me soit personnel, mais au sujet duquel j'ai simplement une expérience considérable.

Je veux parler de la destruction du tissu lupique par la cautérisation au moyen du trichlorure d'antimoine pur, porté dans la profondeur des tubercules à l'aide de baguettes de bois demi-dur, effilées et trempées pendant quelques minutes dans le liquide caustique.

L'usage de ce sel d'antimoine a été préconisé par Unna qui l'incorporait à des pommades ou en imprégnait de petits coins de bois, qui, enfoncés dans le tissu malade et recouverts d'emplâtre, restaient à demeure pendant 36 à 48 heures. J'ai utilisé ce procédé, mais il me paraît plus simple et aussi efficace de se servir de baguettes d'une dizaine de centimètres de long, facilement maniables, et retirées après 10 ou 15 minutes de séjour dans l'épaisseur des tissus malades.

Il faut enfoncer le porte-caustique avec assez de force pour traverser tout le tubercule ; il est donc nécessaire d'atteindre une profondeur de plusieurs millimètres. La plupart du temps les bâtonnets restent parfaitement fixés d'eux-mêmes dans le tissu morbide et le sujet semble avoir été lardé de flèches minuscules.

Il est nécessaire bien entendu d'atteindre si possible tous les tubercules apparents, fallût-il pour cela, en rapprochant beaucoup les baguettes employées, déterminer, par confluence des eschares ainsi produites, une destruction en masse plus ou moins étendue. En opérant sur des régions simplement suspectes, on peut souvent pénétrer facilement dans des foyers tuberculeux déjà considérables. Si au contraire on s'attaque à du tissu sain, la pointe, si effilée soit-elle, est arrêtée par une résistance invincible. En procédant de la façon indiquée, à l'aide de baguettes n° 10 de la filière Charrière, on détermine la formation d'eschares de 3 à 4 millimètres de diamètre.

La douleur produite par ce mode de cautérisation est vive, mais cependant supportée par la plupart des sujets. L'opération est également moins impressionnante que la cautérisation au thermo ou au galvano-cautère.

Plus que cette dernière, le chlorure d'antimoine agit en largeur et en profondeur. La réparation cicatricielle s'opère cependant assez rapidement et les cicatrices qui s'ensuivent n'ont, pour la plupart, aucun aspect déplaisant. Il serait donc fort erroné de croire que ce

procédé thérapeutique n'est pas applicable à la face. Je l'ai utilisé un grand nombre de fois au nez, sur les lèvres, les joues, les oreilles, et n'ai jamais eu à le regretter.

Très éclectique de nature, je ne considère nullement ce mode de cautérisation comme un procédé de choix. Je puis toutefois assurer qu'il donne des résultats relativement rapides, qu'il produit des destructions plus étendues que le phénol, l'acide lactique, le crayon de nitrate d'argent, etc., etc.

Il est à la portée de tout médecin. Il ne peut, naturellement, se substituer à l'excision, aux scarifications, au raclage, et ne doit pas être mis en parallèle avec ces procédés, pas plus qu'avec la photothérapie, la radio- et la radiumthérapie.

La cautérisation produite par le chlorure d'antimoine ainsi utilisé, a l'avantage d'agir sur toute l'épaisseur des lupomes et de provoquer presque fatalement la destruction définitive de tous ceux qui sont atteints par la baguette.

Cette méthode ne nécessite pas d'ordinaire la chloroformisation du patient et ne le force pas d'habitude à interrompre son travail pendant la durée du traitement. Le pansement consiste simplement dans l'application, sur les régions cautérisées, d'une poudre telle que le bismuth, le dermatol, le talc additionné d'aristol, le créosoforme, etc., et dans l'emploi d'emplâtre Vigier à l'oxyde de zinc. Lorsque le pus vient à fuser sous les bords de l'emplâtre, on remplace celui-ci, après avoir lavé la région intéressée avec un liquide antiseptique : l'eau oxygénée, l'eau d'Alibour, une solution faible d'oxycyanure de mercure. Ces soins peuvent donc être donnés au patient par quelqu'un de son entourage, s'il se trouve incapable de les prendre lui-même.

Parfois il y a lieu de réprimer un bourgeonnement exubérant.

Je serais heureux qu'une méthode de cautérisation aussi simple fût plus souvent utilisée qu'elle ne l'est aujourd'hui ; elle peut, même à notre époque, rendre encore de réels services dans le traitement d'une affection rebelle entre toutes.

Le traitement opératoire du lupus.

Par M. MORESTIN.

Les résultats fournis par les cautérisations, la radiothérapie, le Finsen, sont assurément du plus grand intérêt ; parmi les nombreux sujets qui nous ont été présentés, beaucoup sont remarquables et nul ne les admire plus que moi. Malgré les merveilleux progrès réalisés par les méthodes modernes, il faut néanmoins garder dans le traitement du lupus une place importante à la chirurgie. L'extirpation chirurgicale, quand elle s'adresse à des cas favorables, est en effet simple

et bénigne et procure une guérison rapide, habituellement stable et dans des conditions satisfaisantes au point de vue esthétique.

Elle est indiquée surtout dans les lupus de petites dimensions, n'intéressant pas les orifices du nez ou les paupières, et dont l'ablation n'exige aucune mutilation. Les lupus très étendus, largement ulcérés, qui couvrent presque tout le visage, ou qui entourent les orifices naturels, seront bien plus avantageusement traités par d'autres méthodes. Le chirurgien ne peut intervenir en pareil cas que pour pratiquer des curettages suivis de cautérisations, qui donnent du reste de remarquables améliorations, ou tardivement quand la cicatrisation a été obtenue, pour pratiquer les opérations plastiques exigées par l'atrésie de la bouche ou des narines, l'ectropion des paupières, la destruction plus ou moins complète des parties molles du nez. Quel que soit l'intérêt de cette chirurgie réparatrice appliquée aux difformités post-lupiques, quelle que soit l'efficacité des petits soins chirurgicaux dirigés contre les lupus ulcérés, végétants, ou très vastes, je laisserai de côté ces parties de la question et, de même, tout ce qui concerne les épithéliomas développés sur les lupus, voulant insister principalement sur les cas que l'opération doit guérir vite et radicalement.

Pour donner les résultats qu'on en attend, l'exérèse doit être très complète ; il faut sacrifier non seulement la plaque lupique, mais une bande relativement large des téguments qui entourent la lésion visible, non seulement toute l'épaisseur du derme, mais le pannicule adipeux sous-cutané.

La réparation de la perte de substance ainsi créée est aisée quand il s'agit d'un petit lupus ; elle devient délicate ou difficile quand il faut avoir recours aux méthodes d'autoplastie, parmi lesquelles l'opérateur choisit selon le siège et l'étendue de la lésion, l'âge du sujet et aussi selon ses habitudes personnelles. C'est surtout cette perspective d'interventions réparatrices exigeant du temps et de la patience, qui détourne non seulement les malades, ce qui se conçoit trop bien, mais les médecins et même beaucoup de chirurgiens, du traitement opératoire du lupus.

Il est très certain que la thérapeutique sanglante ne saurait être présentée sous un jour très avantageux si l'on envisage exclusivement les cas qui sont justement défavorables à la chirurgie, mais ce n'est pas sur les cures entreprises dans des conditions médiocres ou détestables qu'il faut se baser pour justifier l'orientation chirurgicale du traitement. Celle-ci paraîtra d'autant plus rationnelle et meilleure que l'on s'occupera d'une manière précoce de lésions circonscrites. Moins le lupus est étendu, plus il est chirurgical, plus prompt, meilleure, plus durable, sera la guérison.

J'ai opéré un assez grand nombre de petits lupus occupant la joue,

la pommette, le front, la plupart chez de jeunes sujets. Quelques-uns étaient porteurs de deux, trois ou plusieurs plaques lupiques séparées, distantes les unes des autres, et nécessitant des opérations distinctes. Comme petits lupus, je comprends les plaques variant des dimensions d'une lentille ou de l'ongle du petit doigt à celles d'une pièce de deux francs. Les opérations ne demandent qu'un peu de soin dans la direction des incisions et de la ligne de suture, l'affrontement des



FIG. 1.

bords, le mode de réunion, la surveillance de la plaie. Quand les sujets ne sont pas des enfants, je fais l'opération à la cocaïne, qui fournit une anesthésie très suffisante. Je veille à ce que l'affrontement soit obtenu sans traction, en décollant les téguments à la distance nécessaire pour les mobiliser et les détendre. Souvent j'ai recours à une suture perdue au catgut fin, rapprochant le pannicule adipeux et le derme pour éviter la tension des fils superficiels. Ceux-ci sont de soie excessivement fine, placés à l'aide d'aiguilles très minces, enlevés de très bonne heure, aussitôt qu'ils ne sont plus indispensables. La cicatrice linéaire s'efface graduellement et devient très peu visible au bout de quelques mois. Chez quelques sujets il faut regarder avec attention



FIG. 2.



FIG. 3.

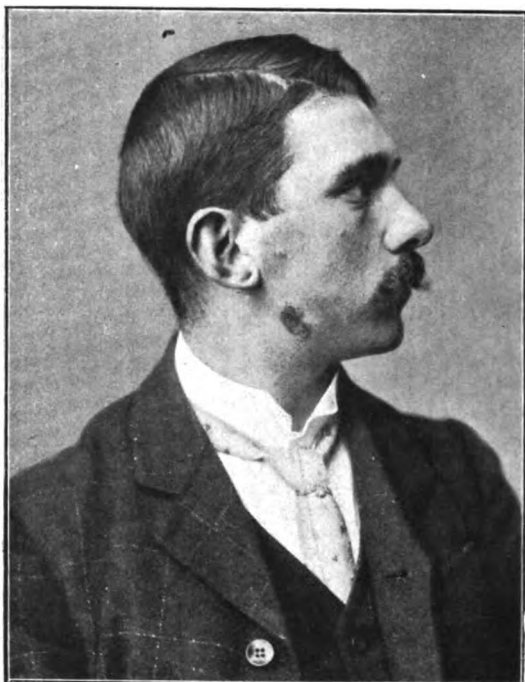


FIG. 4.

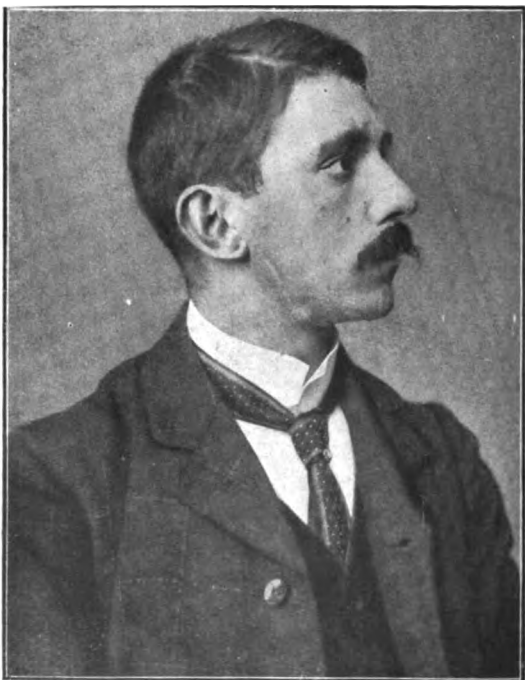


FIG. 5.

pour la retrouver. Dans ces conditions d'ablation de lupus de la joue, de la pommette, du front, que leurs petites dimensions et leur siège permettent d'enlever très largement, je n'ai vu encore aucune récurrence. En voici quelques exemples :

Une fillette opérée en juin 1905, Benjamine A..., à l'âge de 5 ans, d'un lupus grand comme une lentille, occupant le centre de la joue gauche. Elle est parfaitement guérie et sa cicatrice est presque introuvable.

Voici B..., infirmière à Saint-Antoine, opérée aussi en juin 1905, à l'âge de 20 ans, pour deux petites plaques lupiques entourées de cicatrices résultant de cautérisations subies antérieurement, le tout comparable en étendue à une pièce de 50 centimes. Guérison parfaite et cicatrice pour ainsi dire invisible (fig. 1).

Voici Eugénie D... (fig. 2 et 3), dont l'observation figure dans la thèse de mon élève Jacquot (1905) et qui a subi, le 12 mai 1903, l'ablation d'un lupus grand comme une de nos anciennes pièces de 20 centimes.

Alexis Duh..., a été opéré, le 1^{er} novembre 1905, pour une plaque lupique d'une longueur de 3 centimètres et demi sur une largeur de 2 centimètres (fig. 4). Il est toujours parfaitement bien guéri, la photographie montre le résultat au 21^e jour (fig. 5).

Voici un homme opéré en 1902 pour un lupus de la région malaire (fig. 6). Sa guérison ne s'est jamais démentie (fig. 7).

M^{me} G... a subi le 23 décembre 1906 l'extirpation d'un lupus grand comme une pièce de 2 francs occupant la joue gauche. Déjà sa cicatrice est presque invisible (fig. 8 et 9).

Dans le cas suivant de M^{me} Hamb..., opérée en 1905, la perte de substance ayant été plus considérable, comparable à une pièce de 5 francs (fig. 10), je laissai d'abord la plaie se réduire spontanément ; secondairement je pus, en mobilisant les bords, obtenir leur affrontement. La cicatrice est moins belle que chez les malades précédents, mais la guérison est acquise et paraît définitive (fig. 11).

Les lupus atteignant et dépassant l'étendue d'une pièce de 5 francs, et occupant la joue, sont encore justiciables de l'extirpation, avec l'espoir d'une bonne guérison. Mais alors il ne faut plus compter sur le résultat esthétique irréprochable. Je vous ai présenté l'an dernier deux jeunes filles opérées pour des lupus de la joue, l'un assez étendu, l'autre très étendu. Chez l'une d'elles, Marguerite P..., la restauration était meilleure parce que la lésion était plus circonscrite. La guérison est restée parfaite depuis le 5 avril 1904, date de l'opération. Il faut croire que son visage est encore assez avenant, car elle vient de m'annoncer son mariage.

Chez l'autre, aucune récurrence n'est survenue depuis l'époque où je vous l'ai présentée, l'an dernier.

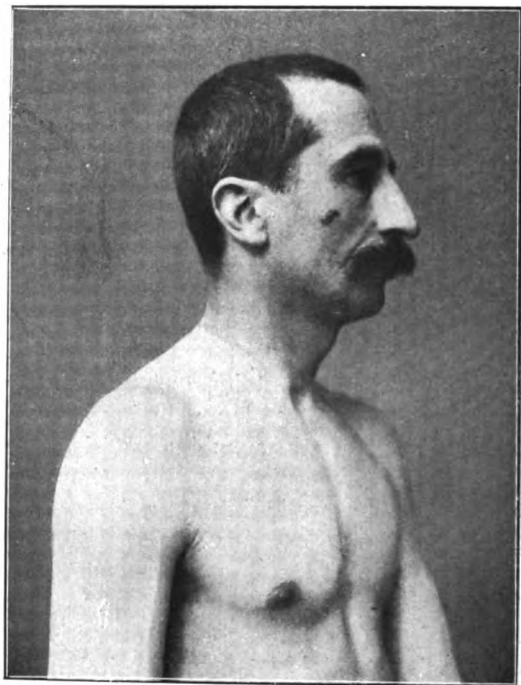


FIG. 6.

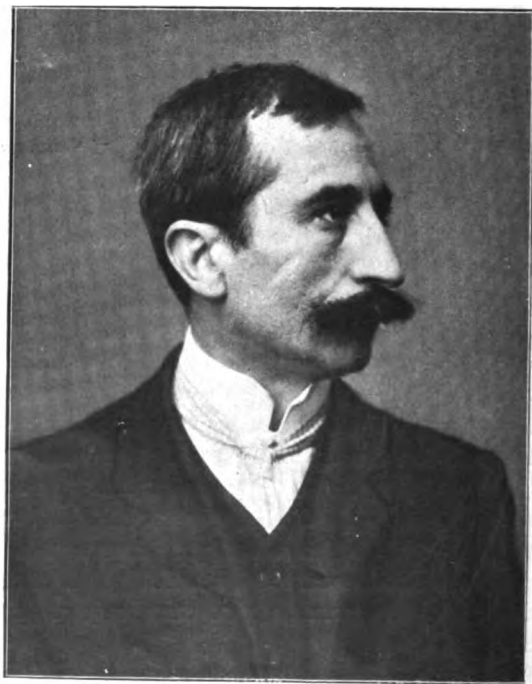


FIG. 7.



FIG. 8.



FIG. 9.



FIG. 10.



FIG. 11.

Dans ces pertes de substance vastes ou très vastes de la joue, j'ai recours pour couvrir la plaie à un grand lambeau prélevé sur la région sus-hyoïdienne et au besoin sur la région sous-hyoïdienne. Je peux lui donner des dimensions considérables, assez pour couvrir, s'il le faut, toute la joue. La plaie d'emprunt est comblée immédiatement par un énorme décollement des téguments du cou et même du thorax, méthode autoplastique qui m'est personnelle et sur laquelle



FIG. 12.

j'ai insisté déjà plusieurs fois dans les Congrès de Chirurgie et dans diverses publications.

La facilité avec laquelle s'effectue la réparation des pertes de substance sus-hyoïdiennes, par décollement des téguments cervicaux ou cervico-thoraciques, permet d'attaquer largement tous les lupus de cette région sus-hyoïdienne. En voici un exemple que je vous présente. Mlle Jeanne D..., entre autres localisations lupiques, en avait une qui couvrait et débordait de toutes parts la région sus-hyoïdienne (fig. 12). L'ablation créa, par conséquent, une plaie énorme s'étendant depuis le menton jusqu'au cartilage cricoïde, d'un angle de la mâchoire à l'autre et occupant même une partie de la joue gauche.



FIG. 13.



FIG. 14.

Par décollement poursuivi jusqu'au-dessus des clavicules la réparation a pu être obtenue sur-le-champ (fig. 13). Cette grande mobilisation tégumentaire, au premier abord formidable, est en réalité inoffensive. Il n'y a jamais d'accidents, jamais de sphacèle, et la peau s'en accommode fort bien.

Quand le lupus affecte l'oreille, les paupières, le nez, il ne faut opérer qu'avec une grande réserve, cela pour des raisons inverses à celles qui



FIG. 13.

militent en faveur de l'intervention, difficulté de l'ablation complète à cause de l'origine profonde probable, mutilation nécessaire, opérations plastiques compliquées. Il m'est arrivé, dans 3 cas, d'attaquer des lupus du pavillon de l'oreille, ayant pour point de départ le lobule. Chez ces malades, on pouvait espérer détruire complètement la lésion, et de fait les trois sont désormais guéries (fig. 13 et 14). Il est possible de reconstituer à l'oreille un lobule, mais justement ces trois femmes ont préféré rester ainsi. Parmi elles justement se tenait M^{lle} Jeanne D... (fig. 13).

Un seullupus du nez m'a paru justiciable de l'extirpation, il occupait le lobule et le dos du nez (fig. 14). J'ai fait la décortication, puis j'ai

dû appliquer une greffe prise, à la façon italienne, sur la face interne du bras. La guérison se maintient depuis déjà deux ans ; mais le résultat esthétique, sans être mauvais, ne me paraît pas très beau (fig. 15). La décortication, chez un sujet jeune dont la peau est

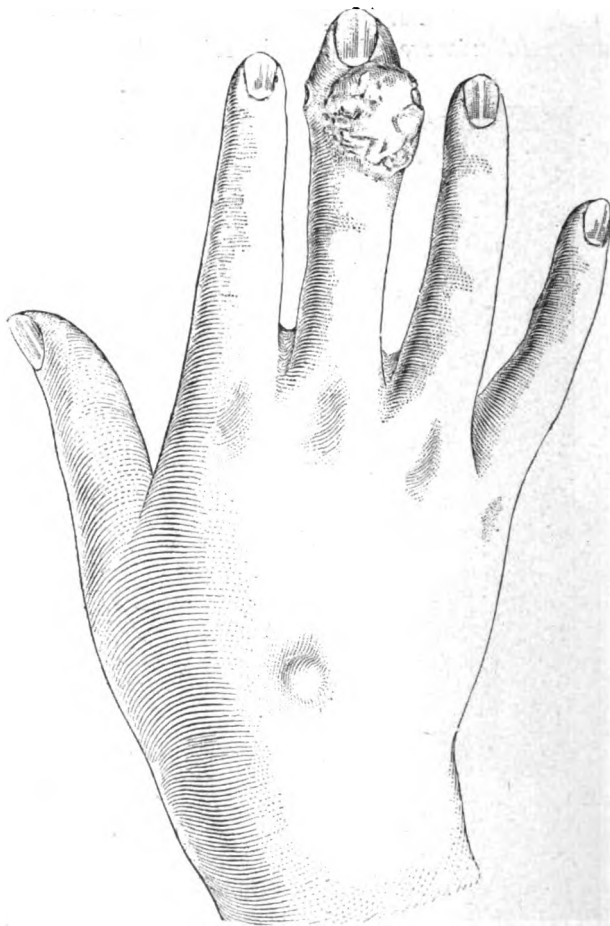


FIG. 16.

fraîche et rose et dont les cartilages nasaux offrent peu de résistance, n'est pas comparable à la décortication que l'on pratique chez les adultes ou des vieillards pour épithéliomes cutanés ou pour l'acné hypertrophique. D'autre part, il est excessivement rare que le lupus siégeant en ce point ne soit pas la conséquence de lésions endo-nasales. C'est donc d'une manière toute exceptionnelle que le chirurgien doit s'y attaquer.

J'en dirai autant des lupus palpébraux, conséquence habituelle

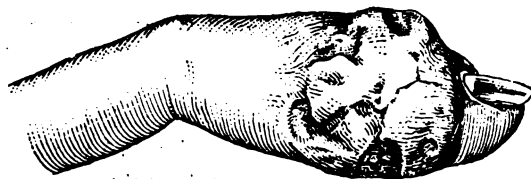


FIG. 17.

d'une lésion des voies lacrymales et de la muqueuse nasale.

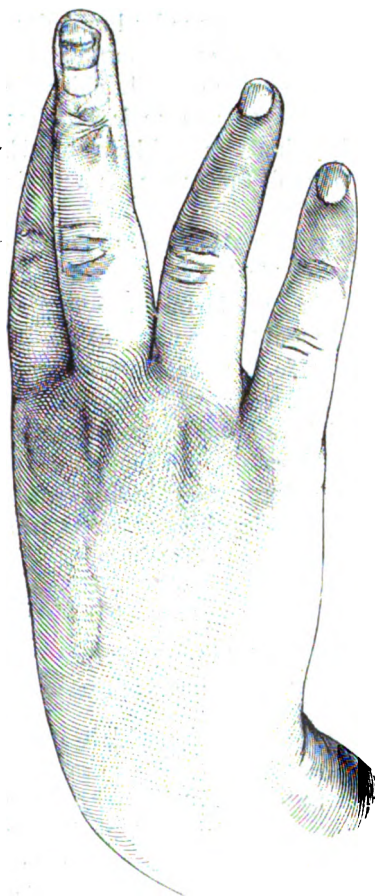


FIG. 18.

Pour les lupus du tronc ou des membres, l'extirpation reprend tous

ses droits, sauf pour ceux d'une étendue démesurée occupant par exemple tout un segment de membre.

Nous avons en général l'embarras du choix pour les procédés de réparation; les greffes de Thiersch et la greffe italienne répondent à presque toutes les indications. La greffe italienne est surtout excellente pour les lupus du bras, de l'avant-bras, du dos de la main. Les téguments du thorax, ou de l'abdomen, fournissent à profusion toute la matière autoplastique nécessaire. Voici, entre autres, une jeune femme à laquelle j'ai fait une greffe importante prélevée sur l'abdomen, pour combler la plaie résultant de l'ablation d'un lupus de l'avant-bras.

Pour la cuisse ou les jambes, on aura plus volontiers recours aux greffes dermo-épidermiques.

Dans quelques circonstances, pour les lupus des extrémités, on est conduit à laisser la plaie se réparer spontanément, le travail de la nature valant mieux parfois que celui du chirurgien. Pour un lupus de la plante du pied, grand comme un franc, chez un jeune garçon, lupus occupant la voûte plantaire, j'ai laissé ainsi la plaie se combler toute seule, faute de pouvoir tenter aucune autoplastie satisfaisante, et le résultat a été bon.

De même, chez une jeune fille atteinte d'un lupus du médius, couvrant la face dorsale et les faces latérales des deux dernières phalanges, j'ai pratiqué la décortication sans la faire suivre d'aucune autoplastie. La réparation s'est faite spontanément dans de bonnes conditions, et même sans perte de l'ongle. L'opération a eu lieu en avril 1904 et la guérison persiste (fig. 16 17, 18).

Je me résume en déclarant que le traitement chirurgical est justifié dans un très grand nombre de lupus du tronc, des membres, du cou, de la joue, et d'autant mieux indiqué que la lésion est moins étendue, que l'ablation de ces lupus circonscrits procure une guérison très prompte et presque toujours définitive.

Traitement du lupus de la face par la photothérapie.

PAR MM. DE BEURMANN et DEGRAIS.

En 1901, l'hôpital Saint-Louis possédait un appareil de Finsen destiné au traitement du lupus par les rayons chimiques de la lumière. Les résultats excellents obtenus par cette méthode décidèrent rapidement les malades à y recourir et en 1903 un second appareil fut installé. De plus en plus convaincus de la supériorité de la photothérapie, nous avons vu le nombre des malades grossir chaque jour et, grâce à M. le Directeur de l'Assistance publique, deux nouveaux appareils vont bientôt fonctionner dans notre service.

Six années de pratique nous ont démontré la sincérité absolue des

statistiques publiées par Finsen et si, pour des raisons déjà données au Congrès de la tuberculose, nous ne pouvons mettre la nôtre en parallèle avec celles de Copenhague, il n'en reste pas moins certain que la photothérapie pratiquée avec des appareils puissants est la méthode qui réunit le plus d'avantages dans le traitement du lupus de la face.

Notre but ici est d'indiquer que nous ne comprenons pas le traitement par la lumière comme une méthode exclusive. Si elle peut suffire à elle seule dans bien des cas, elle trouve, à notre avis, un précieux adjuvant dans l'emploi de certaines anciennes méthodes auxquelles on doit l'associer.

Nous insisterons aussi sur l'utilité qu'il y a, dans le traitement du lupus de la face, à trouver et à traiter le point de départ du lupus qui fort souvent est endo-nasal.

AVANTAGES DE LA PHOTOTHÉRAPIE. — 1^o La méthode est *indolore*, gros avantage dans le traitement d'une affection contre laquelle tous les procédés mis en œuvre jusqu'à Finsen étaient fort douloureux.

Même, dans les formes ulcérées où la compression pourrait être pénible, nous supprimons celle-ci par l'emploi de l'adrénaline et laissons à la photothérapie cet avantage précieux de ne pas faire souffrir.

2^o Les *cicatrices*, aussi belles que possible, offrent une *souplesse* que l'on n'est jamais sûr d'obtenir avec les autres procédés de traitement.

La guérison s'obtient toujours avec une *intégrité absolue des formes*.

Le lupus des *paupières* et du *rebord palpébral* peut être facilement traité, à cause de l'innocuité des rayons lumineux pour l'œil et de la certitude de ne pas obtenir une guérison au prix d'un ectropion de la paupière.

Enfin, nous avons vu, dans quelques cas heureux, des *chéloïdes* suite de galvanocautérisations, *s'affaïsser* sous l'influence de la lumière.

3^o La guérison, obtenue avec les avantages que nous venons d'indiquer, est le plus souvent *définitive* et si elle ne s'obtient pas dans tous les cas avec une égale facilité, tous les cas sont favorablement influencés. Disons de suite que les lupus tuberculeux ulcérés et bourgeonnants cèdent le plus rapidement, les formes non ulcérées à tubercules enchâssés sont de beaucoup les plus résistantes.

Aussi, malgré les gros avantages de la photothérapie, n'avons-nous pas complètement abandonné les anciennes méthodes et les utilisons-nous comme adjuvantes, car le temps des malades est précieux et rien n'est à négliger pour obtenir des succès rapides.

ASSOCIATIONS DE MÉTHODES. — Un point à notre avis très important, est la désinfection préalable du lupus. Malgré le peu de

complications observées dans les lupus présentant de vastes surfaces ulcérées et remplissant par conséquent les meilleures conditions voulues pour des inoculations microbiennes secondaires, nous avons souvent constaté des améliorations notables obtenues uniquement par les pansements chirurgicaux et les pulvérisations. La part d'infection surajoutée ainsi que l'inflammation concomitante disparaissant, la lésion lupique est ramenée à sa plus simple expression.

PERMANGANATE DE POTASSE. — Le traitement par le permanganate a beaucoup fait dans ce sens; aussi n'hésitons-nous pas à l'utiliser chaque fois qu'un lupique se présente à nous porteur d'ulcérations lupiques infectées, et c'est seulement quand les infections secondaires ont disparu, que nous commençons la photothérapie.

PEROXYDE DE ZINC OU EKTOGAN. — L'ektogan, grâce à son dégagement constant d'oxygène, est aussi un très bon agent de pansement, qui, s'il n'a pas l'action puissante et quelquefois curative du permanganate, mérite une place importante dans cette phase préparatoire de la photothérapie.

SCARIFICATIONS. — Les scarifications, dont les succès ne sont plus à compter, sont souvent employées malgré la note douloureuse qu'elles viennent jeter dans le traitement du lupus, parce qu'elles permettent de gagner un temps précieux.

Grâce à elles, les gros bourgeons lupiques sont rapidement affaissés et ce résultat, que d'ailleurs la lumière peut obtenir à elle seule, est acquis plus rapidement.

Nous les utilisons aussi avant les séances de lumière, dans les cas où les réactions que doit produire l'appareil de Finsen ne sont pas assez marquées; il y a intérêt alors à scarifier la région où doit agir la lumière, les réactions s'y font mieux et l'action curative est plus profonde.

GALVANOCAUTÉRISATION. — Quant aux galvanocautérisations, c'est à dessein que nous leur réservons la dernière place; nous ne les employons que très rarement, pour parachever une guérison presque complète et poursuivre quelques points isolés et difficilement accessibles au compresseur de Finsen.

En principe, tout malade à qui la photothérapie peut être appliquée ne doit pas être cautérisé. Les méthodes caustiques sont essentiellement sclérosantes; elles créent des tissus que les rayons chimiques ne pénètrent qu'avec une extrême difficulté.

Nous n'avons donc recours aux cautérisations que quand un malade considéré comme guéri revient à nous portant, de ci de là, des tubercules petits et peu nombreux. Quelques pointes de galvanocautère peuvent en effet rapidement détruire ces petits foyers.

Enfin lorsqu'un foyer lupique peut-être facilement enlevé chirurgicalement et qu'on peut obtenir une cicatrice linéaire sans déforma-

tion esthétique appréciable, il est très indiqué d'employer ce procédé, quitte à faire usage en même temps de la photothérapie sur les foyers moins accessibles à la chirurgie, ou, en cas de récurrence, les deux méthodes se combinent très heureusement dans certains cas.

Ainsi aidée par l'adjonction des méthodes anciennes qui ont fait leurs preuves et ont leurs indications spéciales nettement déterminées, la photothérapie nous apparaît comme une méthode vraiment parfaite, tant sont insignifiants les reproches que l'on peut lui adresser.

NOMBRE DES SÉANCES. — On a beaucoup insisté sur le grand nombre des séances utiles et la longueur du temps demandé pour obtenir la guérison quand les lésions lupiques sont étendues. Mais toutes les méthodes encourent ce reproche, avec cependant cette différence que des malades traités depuis 10, 15, 20 ans par les autres méthodes restées impuissantes obtiennent en 2 ou 3 ans, grâce à la photothérapie, des guérisons inespérées.

Quant aux petits lupus, ils demandent un temps relativement court pour être guéris définitivement et dans un certain nombre d'années, s'ils se faisaient traiter assez tôt, il n'existerait plus de ces malades aux vastes surfaces ulcérées, aux visages rongés, qui sont autant de preuves vivantes de l'insuffisance des méthodes antérieures à la photothérapie.

CHERTÉ DES SÉANCES. — Quant à la cherté des séances, ce reproche serait juste si la dépense de 50 à 60 ampères, nécessaires à la production de la lumière, ne pouvait être employée que pour un seul malade isolé; mais le lupus s'attaque le plus souvent aux ouvriers, aux indigents qui ont droit aux soins de l'Assistance publique et qui viennent se grouper à l'hôpital. De ce fait, la dépense diminue considérablement, puisque, dans notre laboratoire, où 4 lampes de Finsen vont bientôt fonctionner et nous permettre le traitement de 16 malades par heure, grâce à l'installation de ces lampes en série la dépense d'électricité ne sera pas plus grande que pour un seul malade.

Ainsi avec une installation suffisante pour le nombre des malades à traiter, il sera possible de faire au même sujet plusieurs séances chaque jour et de diminuer de beaucoup la durée du traitement; et d'autre part le groupement des malades et la possibilité de les garder moins de temps à l'hôpital diminueront considérablement le prix des séances et celui du traitement.

Il est d'ailleurs trop clair que la photothérapie sera toujours un *traitement d'hôpital* et de *maison de santé*, et ne pourra jamais être employée par tous les praticiens isolés, comme les scarifications, les cautérisations et les caustiques. Cela est d'autant plus vrai que les petits appareils imaginés dans le but de rendre l'emploi de la lumière plus facile et moins coûteux ne donnent que des résultats médiocres et

que le grand appareil de Finsen reste infiniment supérieur à tous ceux que l'on a voulu lui substituer jusqu'à présent.

Quel que soit le traitement employé pour combattre le lupus et quelle que soit la patience du malade, il arrive que l'on n'obtient que des résultats incomplets et que la maladie récidive, si en même temps que les lésions cutanées il y a des lésions muqueuses et si ces dernières ne sont pas traitées à fond. Dans un grand nombre de cas, le lupus de la face commence par les fosses nasales et on peut trouver celles-ci atteintes même lorsque le lupus siège dans des points assez éloignés du nez ; or, tant qu'un foyer de ce genre subsiste, le malade ne peut être considéré comme guéri et la récidive est probable.

Nous nous sommes efforcés de dépister et de traiter à fond, dans tous les cas, les lésions endo-nasales des lupiques et nous avons confié cette partie du traitement à M. le Dr Egger qui a bien voulu examiner et traiter systématiquement tous nos malades à ce point de vue spécial.

Les résultats de sa pratique sont consignés dans la note suivante.

TRAITEMENT DU LUPUS DES FOSSES NASALES.

Par MM. DE BEURMANN et EGGER.

Depuis 1903, l'un de nous a installé dans son service de l'hôpital Saint-Louis une section spéciale pour les malades ressortissant à la spécialité oto-rhino-laryngologique.

Comme dans toutes les innovations, cette section du service n'a pas donné tout ce qu'elle aurait pu ; c'était un petit service tout nouveau qu'il fallait loger dans un petit coin, et dont la majeure partie de l'instrumentation insuffisante consista longtemps, et consiste encore pour quelques instruments, en quelques pièces de rebut renickelées. A côté de cela, pour obtenir des statistiques, il faut des cas suivis et des malades sérieux. Or à quel genre de clientèle avons-nous eu affaire ?

Entrant dans un service où ces soins spéciaux n'étaient pas donnés, comme dans beaucoup d'autres services d'ailleurs, nous nous sommes d'abord trouvés en face de sujets à lésions très avancées, dont la partie spéciale qui nous occupe ici n'avait précisément pas été traitée. En outre, les malades n'acceptaient pas tous les quelques légères douleurs occasionnées par le traitement, ainsi que la durée des soins. De telle sorte que cette clientèle hospitalière peut se subdiviser ainsi :

I. MALADES DOMICILIÉS A L'HOPITAL. — 1^o Personnel hospitalier, infirmiers et infirmières ; vastes destructions où l'on peut parfois arrêter l'envahissement muqueux.

2^o Malades dont l'hospitalisation est définitive en raison de lésions

destructives extrêmement étendues, ou en raison de leur état général, tuberculoses multiples.

II. MALADES EXTERNES. — 1° Malades pusillanimes qui fuient après avoir vu une goutte de sang ou senti l'odeur d'une pointe de feu.

2° Malades qui, au bout de quelques semaines de traitement, négligent de venir, même quand les progrès vers la guérison sont évidents. C'est malheureusement le contingent le plus nombreux :

3° Malades suivis avec plus ou moins de succès, mais cependant suivis. Ce n'est que de ce groupe que l'on peut faire état. A côté de quelques cas de guérison, il est un certain nombre de malades chez lesquels la profondeur presque inaccessible des lésions ne laisse place que pour un pronostic des plus médiocres.

Ce n'est qu'après avoir établi ces différentes catégories de malades que l'on peut utilement étudier ce que nous pouvons faire pour eux.

Je ferai en outre remarquer qu'il est un certain nombre de sujets sur lesquels nous n'avons pas conservé de notes :

1° Ceux dont le lupus externe de la face ne coïncidait pas avec des lésions de la muqueuse nasale (on leur conseillait néanmoins de venir se faire surveiller).

2° Quelques porteurs de lésions tellement étendues que toute thérapeutique un peu active eût été du temps perdu.

Restent 65 observations qui se répartissent comme il suit :

I. CAS GRAVES AVEC ENVAHISSEMENT DES MUQUEUSES RHINO-PHARYNGO-LARYNGÉES. — 6 malades en traitement avec peu de chances de succès à cause de l'étendue et de l'inaccessibilité des lésions. De ce nombre, à signaler une jeune fille de 20 ans dont les lésions nasales et intra-nasales sont guéries, mais qui est malheureusement atteinte de lupus du pharynx et du larynx.

21 malades ont disparu en cours de traitement. L'un d'eux, très gravement atteint de lupus de toutes les muqueuses, est mort de maladie intercurrente. Une autre, une jeune fille de 28 ans, Ernestine C..., était en bonne voie d'amélioration lorsqu'elle disparut subitement. M^{me} Lef... a eu une amélioration considérable à la suite de l'ablation de son cornet inférieur lupique, mais, bien que porteur de lésions au niveau de son amygdale linguale et du larynx, n'a pas été revue.

II. LUPUS ÉTENDU DES NARINES. — 3 malades n'ont pas été revus. L'un d'eux, en bonne voie de guérison, n'est pas revenu depuis plusieurs mois. 2 malades encore en traitement présentent des lésions trop inaccessibles de la partie profonde des narines pour qu'on puisse compter sur un résultat favorable.

III. LUPUS LIMITÉS PERMETTANT UN PRONOSTIC FAVORABLE. — 17 cas, présentant des lésions peu étendues, ne sont pas revenus

dès le premier examen ou les premières séances de traitement : M^{lle} B..., ne présentait dans le nez que de l'infiltration du vestibule gauche.

M. C..., un commerçant de la rue de la Paix, en bonne voie, ne s'est pas représenté à l'hôpital depuis plusieurs mois.

M. Ch..., ne présente que des lésions débutantes au niveau du plancher de la fosse nasale gauche.

M. P..., 57 ans, avait un lupus à l'âge de 27 ans, bien guéri, dit-il, par Vidal. — Récidive remontant à 2 années, occupant tout le pavillon nasal. Or, la narine droite est le siège d'un rétrécissement cicatriciel sans apparence de lésions en évolution, tandis que le cornet inférieur gauche est nettement lupique.

6 malades ont subi un traitement plus ou moins prolongé, mais ne sont pas revenus depuis plusieurs mois.

De ce nombre :

1. M^{lle} H... quitte le traitement très améliorée, sans se faire surveiller.
2. M^{lle} N... cesse de venir après un curettage dont on n'a pu contrôler les effets.
3. R..., Louis, en voie de guérison, n'est pas revenu depuis 7 mois.

13 malades suivent un traitement et reviennent régulièrement :

Obs. I. — Germaine H..., 13 ans, allait recevoir son exeat, son lupus de la joue étant guéri, lorsque je l'examinai : le lobe de la narine droite présentait encore une petite encoche, en apparence cicatricielle, mais j'y constatai un prolongement lupique du côté de la muqueuse. En outre, une perforation de la cloison cartilagineuse avec bord ulcéré. Actuellement, elle va bien ; je me contente de la surveiller.

Obs. II. — Amélie R..., 13 ans, outre les lésions lupiques externes, laisse voir, même sans instrumentation spéciale, dans la narine gauche, une véritable tumeur molle, adhérente à la cloison cartilagineuse. Curettée, la cloison sous-jacente paraît saine ; 15 jours après, j'appliquai quelques pointes de galvano-cautère sur une surface mamelonnée et la cloison située en avant du siège de la tumeur extraite. — En surveillance.

Obs. II. — Françoise S., n'a plus que de temps en temps un petit bourgeon qui apparaît sur le bord de la perforation cartilagineuse de la cloison, et aussitôt réprimé au galvano-cautère.

Obs. IV. — M^{me} de K..., que je vois depuis quelque temps en clientèle, a présenté un point lupique sur son cornet inférieur droit, puis sur la face droite de la cloison cartilagineuse, et tout cela sans continuité directe avec son lupus de la joue droite. Le cornet est guéri. Reste la cloison qui, sans être complètement guérie, va beaucoup mieux.

7 malades sont guéris, dont 3 restent en surveillance, et 4 autres ont partis guéris, mais n'ont pas été revus depuis longtemps.

Quelles *conclusions* tirer de cet exposé sommaire et incomplet de faits? Nous avons donné plus haut les raisons pour lesquelles ces faits sont incomplets, et cependant nous affirmons qu'on peut en déduire des conclusions très précises.

1° L'examen et le traitement rhinologiques du lupus de la face ont une importance capitale, parce que l'on trouve très souvent des lésions lupiques très étendues des fosses nasales. Ces lésions, qui sont la règle dans le lupus du centre de la face, existent fréquemment aussi dans les cas de lupus éloigné du nez et sans communication directe apparente avec les fosses nasales.

2° L'interrogatoire soigneux des malades et l'examen des lésions prouvent que, dans beaucoup de cas, le foyer initial et le point de départ des lésions lupiques a été une affection nasale négligée dont la nature a été méconnue jusqu'au moment où le tégument externe a été envahi.

3° Tout lupus de la muqueuse nasale isolé et non traité a toutes les chances de devenir un lupus de la face. Tout lupus de la face guéri en apparence récidivera sûrement si on a négligé de soigner à fond les lésions nasales concomitantes.

4° Le lupus des fosses nasales, primitif ou secondaire, pris à ses débuts, c'est-à-dire lorsque les lésions ne sont pas trop étendues, est curable.

5° La question d'esthétique n'intervenant pas, comme pour la face, dans le choix du mode de traitement, on doit employer hardiment les procédés destructeurs les plus rapides : ablation, curettages, cautérisations, acide arsénique, solution d'iode de Finsen, etc. Grâce à l'emploi de la cocaïne, la douleur de ces procédés est atténuée.

6° Comme dans toutes les localisations du lupus, il est nécessaire de suivre longtemps les malades en apparence guéris, afin de dépister à son début et d'arrêter aussitôt une récurrence.

M. LEREDDE. — La thérapeutique est un amas d'illusions, d'hypothèses non fondées et d'opinions préconçues, mais je n'en connais pas de meilleure preuve que ce qui se passe pour le lupus tuberculeux. Tout le monde, ce matin, nous a montré d'excellents résultats obtenus dans le traitement de cette maladie; d'autre part nous voyons sans cesse des malades traités pendant des années sans le moindre bénéfice qui même se sont aggravés. Nous pourrions parler indéfiniment de la question sans être avancés davantage, si nous ne nous préoccupons pas de la méthode à apporter dans son étude.

Mais je tiens d'abord à féliciter M. de Beurmann des résultats qu'il a obtenus par la photothérapie. Ils prouvent ce qu'on peut tirer de celle-ci lorsqu'on l'emploie d'une manière systématique et persévérante. Il a insisté sur la nécessité de soigner les muqueuses et je suis, sur ce point comme sur les autres, absolument de son avis, la muqueuse nasale étant en particulier un foyer constant de repopulation et de récurrence.

M. Danlos nous a montré des succès tout à fait remarquables, mais il ne nous a pas montré ses insuccès et personne ne les montre jamais lorsqu'il s'agit du traitement du lupus. Si nous étions plus nombreux et si plus de dermatologistes assistaient à cette séance, chacun apporterait des résultats excellents et nous ne gagnerions rien à cela. Il ne nous importe pas, en fait de traitement du lupus, de savoir si une méthode est bonne, mais de savoir si elle est meilleure que d'autres et, seules, les études comparatives peuvent donner des résultats et conduire à quelque progrès. La séance à laquelle nous assistons se passe en pleine confusion, aucun rapporteur n'a été désigné sur les conclusions duquel nous puissions poursuivre une discussion régulière et, d'autre part, personne ne nous apporte les seuls éléments de conviction qui sont indispensables à l'heure actuelle, c'est-à-dire des statistiques. On fait des reproches à la méthode de Finsen qui ne donne que 85 p. 100 de résultats, à la méthode de Lang qui n'en donne que 50, et personne ne vient dire : je guéris 5, 10, 25, 50 ou 100 p. 100 de malades par mon procédé, tout en le déclarant parfait et supérieur aux autres. Eh bien, je dis que nous pouvons parler ainsi indéfiniment sans obtenir quoi que ce soit. Il nous faut pour avoir confiance en une méthode quelconque, ancienne ou nouvelle : 1° une statistique étendue portant sur un certain nombre de malades suivis en série ; 2° l'indication des résultats de cette méthode dans les traitements de lupus vierges, avec statistique ; 3° des cas de guérison, par cette méthode, de cas inguérissables par d'autres. Pour ma part je m'en remets à celles qui ont été étudiées scientifiquement et sur lesquelles nous avons des documents probants, mais ces méthodes ont leurs inconvénients, leurs insuccès. Je demande que l'on me permette d'employer des méthodes meilleures et de pouvoir modifier mes convictions actuelles pour guérir plus souvent mes malades. Cela n'arrivera jamais si, sur cette question difficile on travaille toujours de même. Je demande pardon de ces observations à M. Danlos qui est si convaincu que ses résultats sont bons, mais je n'ai pas d'éléments de démonstration suffisants du fait de quelques malades présentés, guéris ou en voie de guérison.

M. DANLOS. — Je regrette pour M. Leredde qu'il ait la conviction si difficile. La série des lupus guéris que je viens de faire passer sous vos yeux est absolument démonstrative et les faits parlent d'eux-mêmes. Je n'ai d'ailleurs pas la même confiance que M. Leredde dans la statistique ; tout dépend de celui qui la fait. La statistique est bonne fille ; si on la violente un peu, on obtient toutes ses faveurs, on lui fait dire ce que l'on veut. Je n'ai donc pas dressé de statistique. En recueillant mes souvenirs, peut-être pourrai-je me rappeler, sur une trentaine de cas, un ou deux insuccès ; mais ceux-ci sont peut-être moins imputables à la méthode qu'à l'opérateur ; et vous avez pu juger vous-mêmes que plusieurs de mes malades étaient affectés de lupus d'une étendue et d'une gravité exceptionnelles.

M. DE BEURMANN. — Il est très difficile de dresser une bonne statistique à l'hôpital Saint-Louis ; c'est ainsi que, dans notre service de photothérapie, il y a des malades qu'on ne revoit plus après quelques séances, et d'autres qui abandonnent le traitement avant d'être complètement guéris.

M. CHARMEIL. — Une statistique globale serait de peu d'utilité, car il n'y a pas un traitement du lupus qui soit applicable à tous les cas. On ne peut comparer les malades que nous a présentés M. Danlos, et qui étaient atteints de vastes lupus vainement traités dans d'autres services, à ceux que nous a montrés M. Morestin avec de petits lupus au début. Chaque méthode a ses indications; la photothérapie ne convient pas à tous les lupus et il y a des formes que Finsen lui-même refusait de traiter par sa méthode. Je pense donc qu'il faut être éclectique.

J'ai traité par la photothérapie un certain nombre de lupus; mais je n'avais à ma disposition que l'appareil de Lortet et Genoud; même en prolongeant la durée des séances, je n'ai obtenu avec cet appareil que des résultats peu satisfaisants et très inférieurs à ceux que donne la radiothérapie.

Aussi, actuellement, j'emploie presque exclusivement la radiothérapie. Elle me donne d'excellents résultats, supérieurs à ceux qu'obtenait mon prédécesseur Leloir avec le grattage suivi de cautérisations. Le malade n'est pas obligé à de multiples déplacements; il suffit de quelques applications répétées tous les quinze jours. La guérison sans doute n'est pas toujours radicale; mais on peut recommencer le traitement tous les deux ou trois ans; et chez bon nombre de malades, arrivés à l'âge mûr, déjà défigurés, ces cures dont le résultat n'est peut-être pas définitif, mais qui ne sont absolument pas douloureuses, qui amènent des périodes d'arrêt de plusieurs années dans l'évolution de leur mal, évolution qui sera de nouveau arrêtée par de nouvelles séances de radiothérapie, ces cures, dis-je, constituent à mes yeux une thérapeutique excellente. Le malade peut de la sorte arriver au terme de son existence sans avoir subi de grands délabrements avec leur cortège de douleurs et la longueur de leur réparation.

M. LEREDDE. — Je suis de l'avis de M. Charmeil lorsqu'il déclare qu'on devrait être éclectique dans le traitement du lupus tuberculeux, mais on ne pourra arriver à cet éclectisme désirable avant que les indications ou les contre-indications de chaque méthode aient été établies, ce qui n'est pas à l'heure actuelle; jusque-là, nous sommes forcés d'être presque systématiques. M. Charmeil, en parlant de la radiothérapie, a exposé d'une manière fort pittoresque le tableau de ce qu'est l'existence d'un lupique jusqu'au jour où il doit penser à faire son testament. C'est cela que nous voudrions changer et qu'il est nécessaire de changer, et les discussions poursuivies sans méthode et sans éléments de jugement ne peuvent qu'augmenter la confusion présente au détriment des malades.

Le Secrétaire :

L. BRODIER.

Le Gérant : PIERRE AUGER.

CORBEIL. — IMPRIMERIE ÉD. CRÉTÉ

SÉANCE DU 6 JUIN 1907

Présidence de M. H. Hallopeau.

SOMMAIRE. — Nécrologie. — Chancres syphilitiques de la voûte palatine, par M. Alex. RENAULT. (Discussion : M. HALLOPEAU.) — Syphilide pigmentaire du cou, étendue à toute la partie antérieure de la poitrine. Vitiligo concomitant, par M. Alex. RENAULT. (Discussion : M. HALLOPEAU.) — Ulcère variqueux très douloureux et rebelle, guéri sans cessation de travail par des applications légères de radium, par MM. WICKHAM et DEGRAIS. (Discussion : MM. DANLOS, BAUDOUIN, WICKHAM, HALLOPEAU.) — Un cas de lichen ruber plan en larges placards, localisé à la face dorsale de la main droite, traité par le radium, par MM. WICKHAM et DEGRAIS. — Hidradénomes éruptifs (épithéliome kystique bénin) ; remarques sur l'évolution, par M. FRANÇOIS-DAINVILLE. — Rhinoplastie par abaissement du cadre de l'orifice osseux des fosses nasales et d'un lambeau frontal, par M. H. MORESTIN. — Un cas de pityriasis rubra pilaris, par MM. HALLOPEAU et GARBAN. — Pemphigus végétant ou mycosis ? par MM. HALLOPEAU et RAILLIET. (Discussion : MM. DANLOS, GASTOU, BALZER.) — Observation d'un nouveau cas d'ostéite syphilitique tertiaire suppurée du tiers inférieur du fémur avec arthropathie, simulant une lésion tuberculeuse, par MM. GAUCHER, FOUQUET et GRÉHANT. — Chancres syphilitiques de la gencive, par MM. GAUCHER, CAMUS et DUELLE. (Discussion : MM. GAUCHER, DANLOS.) — Chancres syphilitiques de la fosse naviculaire de l'urètre, par MM. GAUCHER et CAMUS. (Discussion : M. Alex. RENAULT.) — Lésions des glandes vasculaires sanguines (corps thyroïde, capsules surrénales), dans les érythèmes desquamatifs et les affections bulleuses, par MM. PAUL GASTOU et BOGOLEPOFF. — Baumes et onguents à base d'essences et de résines végétales, dans le traitement externe des brûlures, par MM. PAUL GASTOU et Camille GUILLOT. (Discussion : MM. NOIRÉ, DANLOS, BALZER.) — Contribution à l'étude de la livido inflammatoire, par MM. BALZER et MERLE. — Sur un cas de phlébites récidivantes des veines des membres inférieurs et des veines sous-cutanées abdominales, par MM. BALZER et GALUP. — Affection indéterminée peut-être congénitale des glandes sébacées (communication faite dans la séance du 2 mai), par M. H. DANLOS. — Lymphomes symétriques des paupières, de la joue et de l'oreille gauche, sans leucémie, par MM. DANLOS et BLANC. — Note sur quelques cas de pellagre observés à Alger, par M. J. BRAULT.

Nécrologie.

M. HALLOPEAU. — J'ai le vif regret d'apprendre à la Société la mort de M. le Dr Combe, dentiste de l'hôpital Saint-Louis et membre de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie. Chacun de nous regrettera la perte du collègue courtois qui maintes fois nous a prêté

le concours de sa grande expérience en stomatologie. Il avait organisé et dirigeait avec une grande compétence le beau service dentaire de l'hôpital Saint-Louis.

Chancre syphilitique de la voûte palatine.

Par M. Alex. RENAULT.

Le malade, que j'ai l'honneur de vous présenter est franchement syphilitique. Les lésions de la peau, les lésions des muqueuses l'attestent.

Regardez d'abord le visage ; il est couvert de plaques, très légèrement saillantes, dont la coloration jambonnée évoque l'idée de syphilis. Les papules, qui siègent à la nuque, sont encore plus nettes au point de vue de leur origine. Enfin, sur le tronc, siègent quelques papulo-croûtes, qui parachèvent le diagnostic.

Passe-t-on à l'examen des muqueuses, les lésions spécifiques sont de toute évidence : à la lèvre supérieure, une vaste syphilide papulo-érosive, en voie de cicatrisation ; sur la langue, quelques plaques lisses, disséminées.

Jusqu'ici, rien que de très banal. Mais ce qui est intéressant chez ce sujet, c'est la porte d'entrée du virus. Or, quand on examine la voûte palatine, on découvre à la partie antérieure une ulcération, dont les caractères rappellent ceux du chancre syphilitique : c'est une perte de substance, assez profonde, dont les bords sont taillés à l'évidoir, dont le fond sécrète peu, et dont la réparation est très lente.

Elle dure en effet depuis plus de 2 mois et deux cautérisations, pratiquées à la consultation chirurgicale de l'hôpital Cochin, l'ont peu modifiée.

Particularité, dont l'importance a une valeur séméiologique de premier ordre, les accidents secondaires sont apparus un mois et demi après le début de cette ulcération, c'est-à-dire dans les délais classiques de la seconde incubation.

Le malade attribue sa lésion à la piqûre d'un os de lapin. Il est beaucoup plus rationnel d'incriminer l'habitude qu'ont les garçons de restaurant, car telle est la profession de notre homme, de boire les uns après les autres au goulot d'une même bouteille.

Mais, pour que la démonstration soit complète, il faut s'assurer qu'il n'existe nulle part ailleurs d'effraction, ou de cicatrice d'effraction, indiquant la pénétration du virus.

Or l'inspection la plus attentive de la zone ano-génitale fournit un résultat négatif. Même conclusion à tirer de l'exploration des autres régions cutanées ou muqueuses.

Restent à rechercher les deux autres signes cliniques, qui impriment

à la lésion primaire le cachet de certitude : l'induration d'abord, le bubon satellite ensuite.

L'induration, vu le siège de la lésion, on ne peut songer à en faire état, la voûte du palais étant dure dans toute son étendue.

Quant au bubon satellite, à l'adénite de voisinage, elle manque de netteté.

Les vaisseaux lymphatiques, qui émanent de la voûte, se rendent dans des ganglions situés sur les côtés de la membrane thyro-hyoidienne. Nous ne trouvons pas à ce niveau d'adénite appréciable. Un peu plus haut et en arrière, dans la région sous-maxillaire, on sent un corps très dur, qui a la forme et le volume d'un ganglion. Mais la dureté a une consistance osseuse et semble faire corps avec le maxillaire inférieur. Plus en arrière encore existe une petite masse arrondie, qui apparaît, quand on y prête attention, constituée par l'amygdale du même côté.

Néanmoins, bien que l'induration ne puisse être appréciée, que l'adénite reste douteuse, je crois pouvoir conclure à l'existence d'un chancre syphilitique de la voûte, en raison des autres caractères de l'ulcération et de ses rapports chronologiques avec les accidents secondaires.

Si tel est, Messieurs, votre jugement, mon malade est porteur d'un chancre extra-génital des plus rares puisque, dans sa longue carrière, M. le professeur Fournier n'a observé que deux cas d'ulcération primaire de la voûte palatine.

M. HALLOPEAU. — En raison de la chronologie des accidents, ce malade doit avoir eu, en effet, un chancre syphilitique de la voûte palatine.

Syphilide pigmentaire du cou étendue à toute la partie antérieure de la poitrine. Vitiligo concomitant.

Par M. Alex. RENAULT.

Ce second malade, Messieurs, est moins intéressant que le premier. Néanmoins, il tire sa valeur de deux particularités cliniques, dont l'une est exceptionnelle, au moins chez l'homme.

C'est un syphilitique de 2 ans, qui est entré dans le service pour une blennorrhagie, ne se doutant pas qu'il porte non seulement au cou, mais étendue à toute la partie antérieure de la poitrine, une syphilide pigmentaire typique. Il s'agit de la forme en réseau, à la fois la plus élégante et la plus caractéristique.

Mais à cette syphilide pigmentaire se joint une grande plaque de vitiligo, qui siège au-dessus de la hanche gauche et qui est accompagnée de deux autres plaques dans la barbe.

Au niveau de ces dernières, les poils sont tout à fait blancs. On dirait des zones peladiques en voie de réparation. Cette hypothèse ne

doit pas nous arrêter un instant, attendu que depuis le moment où ce malade a vu sa barbe pousser, il a toujours constaté la blancheur des poils.

Je ferai remarquer, en terminant, que notre sujet ne répond pas à la conception des dermatologues qui rattachent le vitiligo à la syphilis.

Chez lui, la syphilis date de 2 ans, le vitiligo au contraire remonte à sa prime jeunesse.

M. HALLOPEAU. — Je crois que l'origine syphilitique du vitiligo n'est guère soutenue actuellement.

Ulcère variqueux très douloureux et rebelle guéri sans cessation de travail par des applications légères de radium (méthode sèche).

Par MM. WICKHAM et DEGRAIS.

- Voici une démonstration de ce qu'on peut obtenir avec de faibles doses de rayonnement de radium, c'est-à-dire par la méthode que M. Danlos a désignée sous le nom de méthode sèche. C'est celle que nous employons avec grand profit dans nombre de dermatoses chroniques et *localisées*, rebelles aux autres traitements, dont les éléments morbides sont relativement superficiels, comme le lichen plan, le psoriasis, les névrodermites, les eczémas lichénifiés des mains, de la face, etc., et chez lesquels il n'est nul besoin de détruire. Nous avons aussi employé avec succès cette méthode dans diverses ulcérations rebelles. Le cas que nous présentons est particulièrement démonstratif.

M. F..., 53 ans, ouvrier, fatiguant beaucoup de ses jambes, a les membres inférieurs couverts de varices, double condition défavorable pour guérir d'un ulcère s'il devait s'en produire.

Précisément, il y a 18 mois, est apparu un petit ulcère qui s'est très vite agrandi sans dépasser toutefois les dimensions d'une pièce de 1 franc. Cet ulcère est placé sous la malléole interne du pied droit. Son peu d'étendue semblerait devoir faciliter sa guérison ; cependant par aucun moyen, même le repos essayé quelque temps, le malade n'a pu se débarrasser de cet ulcère. Il en est cependant fort gêné, une douleur lancinante, très vive, se produit aux mouvements, à ce point que depuis plusieurs jours il a dû abandonner son travail.

Il nous est envoyé au « Laboratoire biologique du Radium » par le Dr Gressat, le 18 janvier.

Nous voyons un homme souffrant visiblement de son pied, qui marche en boitant fortement et se tient sur la pointe du pied droit sans pouvoir le plier.

18 janvier. — Première application de radium pendant 10 minutes.

19 janvier. — Le malade se sent beaucoup mieux. Nouvelle application de 10 minutes.

20 janvier. — Le malade prétend ne plus guère souffrir, il peut plier le

piéd ; il veut reprendre son travail, nous le laissons faire. Troisième application de 10 minutes.

23 janvier. — Quatrième et dernière application de 10 minutes. L'ulcère semble avoir quelque tendance à la cicatrisation ; mais à ce moment nous estimons le traitement très insuffisant. Le malade devait revenir subir des applications plusieurs jours encore ; mais contre notre attente il ne revient pas. N'ayant plus de douleurs, il ne pense plus à se soigner, ne regarde plus sa plaie et ne s'occupe plus que de son travail. Nous pensions le cas perdu, lorsque le 6 février le malade se présente devant nous, par reconnaissance, dit-il. Il nous montre une plaie tout à fait fermée. Une légère croûte est enlevée d'un coup d'ongle, dessous, les tissus sont secs, cicatrisés.

Il y a 4 mois de cela et, ainsi que vous le voyez, malgré les mauvaises conditions des varices et du travail debout, la cicatrice est restée solide. C'est précisément le désir de nous rendre compte du degré de résistance de cette cicatrice qui nous a conduit à surseoir de 4 mois à la présentation de ce malade.

Les doses employées ont été faibles, inférieures en tout cas à celles qui déterminent de la nécrose cellulaire. — L'appareil utilisé contenait, fixé par un vernis, 0^{sr}, 025 de sel de radium d'activité originelle 500 000. — La surface de l'appareil, qui est rond et plat, a 2 centimètres de diamètre. Sa radiation, extérieure au vernis, mesurée par M. Baudouin à notre laboratoire de physique, celle utilisée, en un mot, donne comme activité 62 000 et comme composition 2 p. 100 de rayon α ; 84 p. 100 de rayon β et 10 p. 100 de rayon γ . 40 minutes consécutives de cet appareil sur peau saine de l'avant-bras donne une érosion ou une exulcération ; ce même temps, divisé par quart en l'espace de 6 jours n'aurait guère pu sur peau saine dépasser plus que l'érythème simple.

M. DANLOS. — Il faut opposer cette application de la méthode sèche en radiumthérapie, à la méthode ulcéralive dans laquelle on recherche la destruction de la lésion.

M. BAUDOUIN. — Le cas que viennent de nous présenter MM. Wickham et Degrais tire surtout son intérêt du fait que le malade a pu guérir sans cesser son travail et en continuant à marcher. Les autres méthodes thérapeutiques n'arrivent en effet à guérir les ulcères variqueux que par l'adjonction d'un repos complet.

M. DANLOS. — Je crois que certains petits ulcères variqueux bien pansés peuvent guérir sans que le malade cesse de marcher.

M. WICKHAM. — Cette méthode sèche est d'un grand intérêt, car elle peut s'appliquer dans nombre de dermatoses où il n'y a aucune indication à provoquer la destruction. Cela m'a permis entre autre de faire disparaître rapidement plusieurs cas fort rebelles d'eczémas lichénifiés.

M. HALLOPEAU. — Je déplore que l'administration de l'Assistance publique ne mette pas de radium à la disposition des médecins de l'hôpital Saint-Louis, et je me propose de leur demander, dans leur commission mensuelle, d'émettre un vœu qui fasse cesser ce regrettable état de choses.

M. DANLOS. — Il est probable que ce vœu restera platonique, en raison du prix élevé du radium.

Un cas de lichen ruber plan en larges placards, localisé à la face dorsale de la main droite, traité par le radium.

Par MM. WICKHAM et DEGRAIS.

En raison des résultats que nous avons obtenus sur diverses dermatoses rebelles, chroniques et superficielles, M. Milian remplaçant M. de Beurmann, sous l'instigation de M. Degrais, nous confie ce cas pour être traité au « Laboratoire biologique du Radium ».

Il s'agit d'une fillette de 12 ans, obligée de travailler de ses mains et pour cette raison pressée d'être débarrassée de son lichen. Celui-ci consiste en un grand et trois petits placards ayant les caractères objectifs typiques du lichen ruber plan. Il n'y a rien sur aucun autre point du corps. Cette localisation est curieuse ; elle n'en existe pas moins et est fort tenace.

Les applications de radium ont commencé le 14 décembre 1906 et se sont renouvelées les 15, 17, 18, 19 et 20 décembre. Elles ont duré chacune 45 minutes.

Sur le grand placard, c'est un appareil vernis plat et rond de 3 centimètres de diamètre, contenant 0,04 de radium d'activité initiale 500 000, qui a été utilisé. Sur les autres placards, c'est un appareil de 1 centimètre de diamètre contenant 0,01 de sel à 500 000 activités. La radiation extérieure utilisée, mesurée par M. Beaudouin, préparateur du laboratoire de physique, est : pour le premier appareil, d'activité 50 000 et contient 10 % d' α , 85 % de β et 10 % de γ ; pour le second appareil, d'activité 15 000 et contient 9 % d' α , 85 % de β et 10 % de γ .

Les tissus sous cette influence se sont vite modifiés, il s'est produit au niveau des plaies une érosion, légère il est vrai, mais suivie de croûte. Le 15 janvier la guérison complète était obtenue, mais avec une légère décoloration blanchâtre de la peau qui indique un tissu un peu cicatriciel. Pressés de satisfaire la malade, nous avons un peu trop activé le traitement, et des doses sensiblement plus faibles eussent été bien suffisantes. La petite malade, du reste, et ses parents sont extrêmement satisfaits des résultats tels qu'ils ont été obtenus.

Il eût suffi, notre expérience nous l'a montré depuis, avec le plus fort appareil, de 4 applications de 30 minutes et, avec le plus faible, de 6 applications de 30 minutes. De cette façon, nous aurions assisté à la même guérison mais avec intégrité des tissus.

**Hidradénomes éruptifs (épithéliome kystique bénin);
remarques sur l'évolution.**

Par M. E. FRANÇOIS-DAINVILLE.

Il est toujours intéressant de pouvoir suivre l'évolution des maladies, surtout dans les cas relativement rares, comme ici. C'est à ce titre que je désire principalement attirer l'attention à propos d'une malade étudiée par M. Jacquet il y a 19 ans et dont le moulage figure au musée de l'hôpital Saint-Louis (voir n° 1383, malade de MM. Porak et Jacquet — année 1888) et dans la *Pratique Dermatologique* (voir tome I, Pl. XIV).

Voici d'abord l'histoire clinique de cette malade.

M^{me} G..., 55 ans, ménagère, a eu une fièvre typhoïde à l'âge de 11 ans. Dans l'enfance, sans qu'elle puisse préciser la date exacte, est apparue l'éruption d'hidradénomes, qui a augmenté, dit la malade, à chaque nouvelle grossesse. Elle a eu 6 enfants, tous actuellement vivants, bien portants et sans lésions cutanées. Depuis cette époque il n'est pas apparu de nouveaux éléments éruptifs.

C'est en 1888, alors qu'elle était dans le service d'accouchement de M. Porak à Saint-Louis, qu'elle fut examinée par M. Jacquet qui pratiqua une *biopsie* et fit faire un moulage. Il trouva à l'examen histologique des tractus épithéliaux de forme plus ou moins régulièrement cylindrique, situés dans le chorion, et composés de cellules épithéliales polygonales ou allongées et sans membrane limitante; il existait de plus un grand nombre de kystes résultant du renflement d'un boyau épithélial sur son trajet ou à son extrémité. Ces kystes étaient tapissés de cellules épithéliales aplaties et contenaient une substance colloïde spéciale. Ces détails histologiques appartiennent en propre aux hidradénomes éruptifs et permettent de les classer (1).

Depuis ce séjour à Saint-Louis, l'état général de la malade s'est altéré. Elle se livra à des excès alcooliques qui lui causèrent des crampes, des cauchemars et de la gastrite. Elle dut faire il y a 2 mois un séjour à Tenon, pour néphrite albuminurique et troubles de précirrhose hépatique.

Etat actuel de l'éruption. — Celle-ci est localisée à la partie antérieure du thorax et sur les seins, n'atteignant pas l'ombilic dans sa limite inférieure, et ne se propageant pas aux membres; latéralement elle s'arrête sur la ligne axillaire, aussi peut-on dire qu'elle occupe ainsi la région de la valve antérieure d'une cuirasse. Les éléments, nombreux, sont constitués par de petites tumeurs papulo-tuberculeuses de forme lenticulaire un peu ovalaire, à grand axe dirigé dans le sens des plis de la peau, de couleur rose jaunâtre, à surface lisse non desquamante, formant saillie de 1 à 2 millimètres sur la peau du voisinage; cette dernière ne présente aucun phénomène d'irritation. Dans la région dorsale on remarque l'existence de plusieurs verrues plates

(1) L. JACQUET et DARIER. — Hidradénomes éruptifs (épithéliomes adénoïdes).

et de quelques nævi vasculaires et pigmentaires, dont il sera question encore plus loin.

En somme, à première vue, l'éruption de cette malade aurait pu faire penser à des syphilides papuleuses, ou même au xanthome papuleux, mais l'examen histologique et l'évolution de la dermatose viennent lever tous les doutes.

Le terme d'épithéliome kystique bénin (Jacquet, Brocq) semble justifié ici à la fois par l'anatomie pathologique et l'absence de transformation maligne des tumeurs, ou de toute autre modification, pendant une vingtaine d'années. Depuis le mémoire de Darier et Jacquet, d'autres cas ont été publiés sous les noms de syringo-cystadénome (Unna et Torök), de cellulome épithélial éruptif (Quinquaud). E. Besnier préfère la dénomination de cystadénomes épithéliaux bénins. Ces dénominations diverses proviennent de la façon différente des auteurs de concevoir la formation embryologique de ces tumeurs. D'autres observations ont été faites encore. Celle-ci, par sa longue durée, permet de présenter et de retenir les conclusions suivantes :

1^o La marche bénigne et la tendance à la régression, en dehors de tous traitements, survenue au moment de l'involution et constatée par M. Jacquet qui a revu la malade ; l'état actuel de l'éruption, au moment de la période de la ménopause, témoignent certainement d'une *évolution rétrograde* dans les dimensions et la saillie des éléments éruptifs.

2^o La coexistence de nævi vasculaires et pigmentaires, autres néoplasies congénitales, permet de classer la maladie qui nous occupe dans les nævi et même de la rapprocher, par son origine embryonnaire et son évolution bénigne, de la maladie de Recklinghausen.

Rhinoplastie par abaissement de l'orifice osseux des fosses nasales et d'un lambeau frontal.

Par M. MORESTIN.

Mme C..., âgée de 45 ans, m'est adressée au mois de mai 1906 par le professeur Gaucher. Pendant 4 années, cette pauvre femme avait été considérée comme atteinte d'un lupus du nez particulièrement rebelle. M. Gaucher avait rectifié le diagnostic, reconnu qu'il s'agissait d'accidents syphilitiques tertiaires, et obtenu en 2 mois par le traitement spécifique la cicatrisation complète des surfaces ulcéreuses. Malheureusement son intervention avait été trop tardive pour sauvegarder les parties atteintes : les ailes du nez, le lobule, toutes les parties molles et la cloison jusqu'aux os propres du nez avaient disparu. Le nez se trouvait réduit à la portion correspondant à son squelette osseux. Les orifices des fosses nasales étaient fermés presque complète-

ment par une bande cicatricielle percée de deux pertuis admettant le bout d'une sonde cannelée, insuffisants pour la respiration comme pour l'écoulement des mucosités. Le tissu cicatriciel s'étendait dans une faible étendue sur la lèvre supérieure et autour du cadre osseux limitant la partie demeurante du nez. L'œil droit est atteint d'une conjonctivite qui, nous dit la malade, réapparaît au moindre prétexte et dont les premières poussées sont anciennes déjà.



FIG. 1.

Au sujet de la syphilis qui a provoqué la mutilation nasale, l'interrogatoire ne nous fournit aucun renseignement utile. La malade est d'une assez bonne santé générale. Elle a été opérée, il y a plusieurs années, d'un fibrome utérin. Dans son passé on relève une pleurésie séro-fibrineuse, circonstance qui a été retenue autrefois comme un indice de tuberculose possible et comme un appoint au diagnostic delupus.

Je m'efforçai d'abord de rétablir la perméabilité des orifices nasaux. Je pus m'assurer à l'aide d'un stylet introduit par ces orifices que la membrane tendue au-devant des fosses nasales était assez mince. Je me déterminai à une intervention très simple, consistant à diviser verticalement cette lame cicatricielle à droite et à gauche de la cloison

en passant par les deux orifices sus-mentionnés. L'anesthésie locale à la cocaïne suffit à cette opération. Les deux boutonnières qui en résultèrent furent bourrées de gaze ; après 48 heures, les lanières de gaze furent remplacées par des tubes de caoutchouc qui restèrent quelques jours en place. Leur présence constante étant assez mal supportée, je dus bientôt me borner à une dilatation intermittente, supprimant les tubes au bout de 2 ou 3 jours pour les replacer après 1 ou 2 jours de repos. Au mois d'août, la malade partit pour la campagne et cessa toute manœuvre de dilatation. Quand elle revint au mois d'octobre les orifices s'étaient maintenus, suffisamment spacieux ; ayant eu à souffrir d'un coryza récent, la malade nous raconte combien son ennui a été allégé par la possibilité de se moucher.

Cette question paraissant réglée, je pratiquai la rhinoplastie le 19 octobre, selon une technique qui a été utilisée dans des cas analogues et bien réglée par M. Nélaton. Il s'agit de détacher le cadre osseux avec son revêtement cutané pour en former le contour narinaire et de l'abaisser entraînant à sa suite un lambeau frontal doublé d'une lamelle osseuse pour reconstituer le nez.

Je traçai deux incisions symétriques, montant obliquement à droite et à gauche de la racine du nez vers le grand angle de l'œil et l'extrémité interne des sourcils, s'arrêtant en bas à un petit travers de doigt du contour nasal. Ces deux incisions furent menées à fond jusqu'au squelette. J'en disséquai la lèvre antérieure, de façon à libérer la bande tégumentaire couvrant la racine du nez. Sous cette bande je passai la lame très mince d'une scie à arbre qui fut ensuite réarticulée, et je sciai les os du nez et la cloison sous-jacente parallèlement à l'échancrure nasale à 5 millimètres environ au-dessus d'elle. Je prolongai alors les deux incisions sur le front, les rapprochant progressivement l'une de l'autre jusqu'à leur réunion à angle aigu de manière à tracer un lambeau finissant en pointe. À l'aide du ciseau et du marteau je détachai un copeau de la table antérieure du frontal le laissant adhérent au lambeau. Puis le cadre et le lambeau furent abaissés au point voulu, l'extrémité du lambeau se trouvant alors au-dessous des sourcils. La plaie frontale fut immédiatement réunie après décollement et mobilisation assez étendue de la peau du front. La partie supérieure du lambeau fut fixée par quelques points de suture. De chaque côté du nez persistaient deux ouvertures assez larges que je bourrai de gaze. Le changement de direction du cadre osseux déterminait de chaque côté, à la partie basse du nez refait, une plicature saillante. Deux points de suture seulement avaient été placés à ce niveau. Dans les fosses nasales je plaçai deux tubes.

Les suites furent des plus heureuses. Pas une parcelle du lambeau ne se mortifia. La plaie frontale se réunit par première intention et la cicatrice qui en résulta est devenue rapidement très peu visible.

Les plaies latérales se sont comblées promptement ; le 14 novembre je constatais qu'il n'en restait plus trace.

Enfin, le 23 novembre, je procédai à l'excision de deux petits tubercules latéraux résultant de la plicature précitée, de chaque côté du nez, réunissant par deux fils de soie les plaies insignifiantes résultant de cette excision. Depuis cette époque, les tubes placés dans les narines ne sont plus restés à demeure. Par précaution et pour maintenir le



FIG. 2.

calibre des orifices narinaux, la malade les a remis chaque jour elle-même une heure ou deux pendant deux mois environ. Elle a quitté la maison de santé le 10 décembre et a repris son existence habituelle.

Le résultat est absolument satisfaisant et le nez présente une configuration quasi-normale.

Ce procédé me paraît donc de tous points excellent. Je me bornerai à insister sur deux détails de mon intervention. La plaie d'emprunt frontale a pu être immédiatement réunie, dans sa totalité, grâce d'une part au décollement étendu des téguments environnants et aux proportions relativement faibles du lambeau. En second lieu les brèches latérales se sont comblées spontanément avec une grande

facilité, sans qu'il en résulte aucune traction, aucune cicatrice laide ou déprimée, ce qui prouve qu'il est parfois plus avantageux d'abandonner, de laisser cette réparation s'effectuer d'elle-même, que de vouloir obtenir d'emblée une réunion complète soit par un prélèvement frontal trop important, soit en tiraillant le lambeau par de trop nombreuses sutures.

Un cas de pityriasis rubra pilaris.

Par MM. HALLOPEAU et GARBAN.

Ce fait présente de l'intérêt au point de vue du diagnostic, de la localisation des lésions et de la nature de la maladie.

Son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

Isaac Wanb..., 13 ans, pavillon Bazin, lit n° 16.

Début de l'affection il y a 6 mois.

Auparavant, aucun trouble notable de la santé ; on note seulement un refroidissement constant des extrémités (pieds et mains) que rien ne peut réchauffer.

Etat actuel. (5 juin 1907).

Peau. — On note l'existence d'éléments cornés péri-folliculaires dont nous étudierons successivement la morphologie et la topographie.

Morphologie. — Productions cornées péri-folliculaires constituées par des cônes saillants, plus ou moins étalés à leur base qui se confond avec l'épiderme périphérique ; ces cônes, dont le diamètre à la base ne dépasse pas un millimètre, sont tronqués à leur sommet, au niveau duquel on voit à la loupe un point noir.

D'une consistance dure, cornée, ils donnent à la main une sensation râpeuse.

La peau sur laquelle reposent ces éléments est normale, sauf au niveau des creux poplités où elle semble avoir été irritée par le frottement des vêtements ; on note à ce niveau seulement une teinte rouge bronzé, mais en aucun point on ne relève l'existence de squames larges ou petites.

Topographie. — Ce qui frappe dès le début de l'examen, c'est la symétrie qui préside à la localisation des éléments : la nuque est envahie ; de l'apophyse épineuse de la 7^e vertèbre cervicale, part une bande de peau recouverte par ces saillies ; elle remonte en s'élargissant sur l'apophyse mastoïde ; elle est limitée en avant par le bord antérieur du trapèze ; en arrière et en dedans, elle laisse sur la ligne médiane un espace de peau saine large de trois travers de doigt environ.

Au niveau du moignon de l'épaule, à droite et à gauche, éléments moins nombreux.

Au niveau de la face externe du coude et de l'avant-bras, on note également des deux côtés quelques élevures disséminées.

Elles sont plus nombreuses à la face externe et antérieure des cuisses, et à la partie externe des fesses ; la peau qui les sépare est, par places, rosée.

Elles sont plus nombreuses encore au niveau des creux poplités, où elles

envahissent les téguments qui recouvrent les tendons du demi-membraneux en dedans, du biceps en dehors ; l'espace intermédiaire ne présente aucune lésion.

Notons encore la présence de quelques éléments disséminés sur la face antéro-externe des jambes.

Le tronc, le scrotum, le périnée, la face, le cuir chevelu sont indemnes de toute lésion.

En revanche, on note du côté des extrémités, pieds et mains, nez et pavillons des oreilles, une asphyxie locale très marquée.

Ces régions sont d'une couleur rouge violacé, et la température y est nettement inférieure à celle des autres régions. Cette asphyxie ne s'accompagne pas d'autres troubles, à l'exception d'une sensation de froid que rien ne peut faire disparaître.

État général très satisfaisant.

On note seulement un ralentissement notable du pouls, qui bat à 60 à la minute.

Cœur normal ; le malade se plaint cependant d'avoir de temps à autre quelques palpitations.

Poumons normaux.

Digestions faciles.

Urines normales.

En présence de cette éruption, l'on peut se demander s'il ne s'agirait pas d'une hyperkératose péripilaire ; mais on ne trouve pas ici les localisations symétriques qui appartiennent à cette dermatose et, d'autre part, l'affection de notre jeune malade remonte à quelques mois, alors que l'hyperkératose débute généralement beaucoup plus tôt.

Les extrémités digitales, si souvent intéressées par cette dermatose, sont ici indemnes : il est très possible que les phénomènes très prononcés d'asphyxie locale que nous avons signalés aient empêché le processus spécial au pityriasis rubra pilaire de suivre son évolution.

Nous n'avons trouvé chez cet enfant aucun signe de tuberculose en activité, mais, en le découvrant, on constate l'existence, à l'avant-bras droit, d'une cicatrice déprimée et adhérente à l'os sous-jacent ; il dit qu'elle est de date ancienne et qu'elle s'est produite consécutivement à un abcès froid : il y a donc là un stigmate de tuberculose et ce fait vient à l'appui de l'opinion de M. Milian qui considère le pityriasis rubra pilaire comme subordonné à cette infection.

Mycosis ou pemphigus végétant fruste ?

Par MM. HALLOPEAU et RAILLIET.

Ce malade nous paraît digne d'attirer l'attention de la Société en raison de la difficulté du diagnostic et de diverses particularités cliniques.

Nous en résumerons l'histoire ainsi qu'il suit :

Z..., 57 ans, entre le 13 mai 1907 au pavillon Bazin, n° 24.

Antécédents héréditaires. — Mère morte hydropique ; père mort à 59 ans d'apoplexie (?) ; 8 frères et sœurs : rien à signaler.

Antécédents personnels. — A 24 ans, il contracte un chancre ; celui-ci, survenu huit jours environ après le coït infectant, cède en 5 jours à trois cautérisations ; aucun traitement spécifique ne fut appliqué à ce moment ; d'ailleurs, il est impossible de retrouver le moindre accident suspect de syphilis.

Deux ans plus tard, adénite sous-maxillaire bilatérale qui nécessite l'incision. A cette époque, Z... fait une cure aux eaux iodées de Hall (Autriche).

Il se marie à 29 ans ; il a 7 enfants dont 2 meurent en bas âge ; les 5 autres sont actuellement bien portants.

Jusqu'en juin 1906, santé excellente.

Au début de ce mois, survient une éruption de saillies d'un rouge vif, de la dimension moyenne d'une pièce de 50 centimes ; il est difficile, d'après la description très insuffisante et confuse qu'en donne le malade, d'en indiquer les caractères.

Débutant par le front, cette éruption envahit successivement la face, les membres supérieurs, le tronc et finalement les membres inférieurs, de sorte qu'en 10 jours au plus, le corps est entièrement envahi.

Le malade vient alors consulter à Saint-Louis où il est traité par une pommade au goudron, et par des injections intra-fessières dont il ne peut indiquer la nature. Au bout de 3 semaines, il quitte l'hôpital sans amélioration ; les placards éruptifs sont seulement devenus croûteux.

Depuis, certains placards s'effacent tandis que de nouveaux apparaissent. Bientôt survient une alopecie à marche rapide ; en 8 jours, elle est complète : les sourcils, la moustache et la barbe tombent à leur tour dans l'espace d'un mois.

En dernier lieu, dans les premiers jours de mai, après 3 injections intra-fessières de nature indéterminée, survient une tuméfaction indolore des genoux et des cous-de-pied. C'est pour cela qu'il vient de nouveau consulter à Saint-Louis où il rentre le 13 mai. Il affirme avoir été traité comme syphilitique dans ces derniers temps.

Etat actuel (15 mai 1907).

Cuir chevelu : Alopecie presque totale ; il ne reste que quelques touffes de cheveux çà et là sur la partie droite du vertex, sur la région occipitale et sur la temporale gauche. La peau du crâne, sèche, se laisse plisser comme de la baudruche ; elle présente de multiples placards rosés, de dimensions variables, recouverts de squames faciles à détacher avec l'ongle ; par places, on voit des lésions croûteuses consécutives au grattage.

Face : Peau sèche, plissée en stries parallèles, en particulier au front (stries horizontales) et sur la joue droite (stries obliques), parallèles au sillon nasogénien ; bord libre des paupières enflammé ; sourcils totalement tombés ; de la moustache, il ne reste que quelques poils au-dessus de la commissure gauche ; la barbe, très clairsemée, ne persiste qu'un peu sur les joues et à la partie inférieure du menton. En dehors de la bosse frontale gauche, un placard de 4 centimètres sur 3, suintant, recouvert de croûtes impétigineuses,

jaunâtres, fendillées ; au-dessus de l'œil gauche, croûtelles jaunâtres. Sur la joue gauche, un vaste placard, croûteux au centre, squameux à la périphérie. Au tiers inférieur de la face postérieure du pavillon de l'oreille gauche, surface ovale suintante, saignant facilement, en partie recouverte d'épiderme soulevé à la périphérie par une sérosité louche.

Cou : Placards arrondis, rouges, desquamant. A la nuque, éléments très nombreux, gros en moyenne comme une pièce de 50 centimes, faisant saillie d'un demi-millimètre environ.

Tronc : Les poils sont tombés en même temps que la moustache ; il en reste quelques-uns au pubis.

Sur *l'apoirine*, mêmes éléments que sur l'abdomen, mais moins nombreux. Au-devant de l'aisselle droite, une lésion, exulcérée par grattage, est recouverte d'une mince pellicule blanche, semblable à du collodion.

L'*abdomen* présente des médaillons variant du volume d'une lentille à celui d'une pièce de 2 francs, assez régulièrement arrondis, confluant par places en larges placards, en particulier aux hypochondres et dans la région ombilicale. Faisant à peine saillie, de teinte rosée pour la plupart, ces éléments, rugueux au toucher, sont recouverts de squames qui se détachent avec la plus grande facilité au moindre frottement de la chemise ou des draps ; quelques-uns sont croûteux ; certains d'entre eux, manifestement en voie de régression, s'effacent sous le doigt ; par places même se devinent, à une légère pigmentation, des lésions anciennes disparues.

Dans le *dos*, aspect analogue. Dans la région interscapulo-vertébrale gauche, large placard recouvert de croûtes fendillées d'un blanc grisâtre ; lorsqu'on enlève ces croûtes, on reconnaît que la lésion montre une tendance manifeste à devenir végétante.

Membres : Sur les épaules, les bras, les avant-bras et les cuisses, mêmes éléments ; ils sont particulièrement confluent à la face postéro-interne des deux avant-bras, à la face postéro-externe des cuisses et aux fesses ; en ces dernières régions ainsi qu'aux jambes, les croûtes sont particulièrement nombreuses ; décollées en certains points, elles laissent sourdre un peu de pus.

Les coudes, les mains, les genoux, une partie des mollets, les pieds sont à peu près indemnes.

Au tiers inférieur des jambes, vastes taches bistrées, en voie de disparition. A ce niveau, la jambe gauche présente trois cicatrices arrondies, souples, fines et non pigmentées.

Les ganglions des régions inguinales et axillaires sont notablement tuméfiés. Notons enfin l'absence de toute démangeaison.

L'*état général* est toujours resté très bon ; il en est ainsi particulièrement de l'appareil digestif ; le malade proteste de sa parfaite sobriété.

Traitement :

Injectons d'atoxyl :	18 mai.....	06r,75
—	21 —	06r,75
—	23 —	06r,25
—	1 ^{er} juin	06r,25
—	4 —	06r,25

Liniment oléo-calcaire.

Le 21 mai, maux de tête, frissons passagers.

Le 26 mai, apparaît un œdème assez prononcé des membres inférieurs, surtout marqué après la station debout. Rien dans les urines, rien au cœur.

L'état du tégument s'est sensiblement amélioré ; les croûtes sont en partie tombées ; l'abattement des premiers jours a cessé.

Ce malade, avons-nous dit, paraît avoir été traité récemment comme syphilitique ; c'est évidemment à tort : il y a bien des croûtes verdâtres qui pourraient faire penser à cette interprétation, mais on n'observe pas dans la syphilis les surfaces suintantes, ni surtout le soulèvement bulleux que nous avons constaté, non plus que la desquamation en larges lambeaux.

En tout cas, il ne s'agirait pas d'une syphilis ancienne, car il ne semble pas que le chancre d'il y a 30 ans ait été spécifique et les syphilitiques tertiaires ne présentent pas cette généralisation. L'alopecie n'est pas celle de la syphilis.

Les deux hypothèses qui méritent d'être discutées sont celles d'un mycosis et d'un pemphigus végétant ; l'existence bien nette d'un soulèvement bulleux autour de l'une des croûtes de l'oreille est en faveur de la seconde ; l'absence de prurit est, par contre, en opposition avec l'idée d'un mycosis. On ne peut méconnaître que la desquamation en larges et minces lambeaux du cuir chevelu est en désaccord avec la supposition d'une éruption bulleuse et que les saillies végétantes, débarrassées des croûtes qui les surmontent, plaident pour le mycosis ; nous attendrons, pour porter un diagnostic ferme, les résultats de l'examen histologique.

Dans l'une et l'autre hypothèse, il y a des anomalies : la plus remarquable est cette alopecie survenue brusquement et intéressant toutes les parties velues du corps ; avec les petites houpes de cheveux qui persistent, elle donne au malade une physionomie étrange.

Il ne s'agit pas d'une pelade intercurrente, car les parties glabres sont le siège d'îlots desquamatifs très larges par places.

Connaissant les bons résultats qui ont été obtenus dans le traitement du pemphigus vulgaire par l'anilarsinate de soude, nous l'avons injecté chez ce malade, d'abord, à deux reprises, à la dose de 0^{sr},75 puis, à trois reprises, à celle de 0^{sr}, 25 ; à part un léger malaise après la seconde injection forte, cette médication a coïncidé avec une notable amélioration. Nous nous proposons de la continuer avec toutes les précautions nécessaires.

M. DANLOS. — Il y a lieu de penser qu'il s'agit ici d'un cas de mycosis fongoïde : il existe en effet des adénopathies inguinales et les éléments cutanés font une forte saillie et sont très infiltrés.

M. GASTOU. — A propos du malade que vient de nous présenter M. Hallopeau, je désire faire mention d'un travail de M. Bogolepoff sur les altérations

des glandes vasculaires sanguines dans les érythèmes desquamatifs et les éruptions bulleuses.

M. BALZER. — Des essais opothérapiques correspondant aux recherches de M. Bogolepoff ont-ils été tentés ?

M. GASTOU. — Non, ces essais n'ont pas été faits.

Observation d'un nouveau cas d'ostéite syphilitique tertiaire suppurée du tiers inférieur du fémur, avec arthropathie, simulant une lésion tuberculeuse.

PAR MM. GAUCHER, FOUQUET et GRÉHANT.

Hortense V..., 38 ans, mécanicienne, entre le 30 mai 1907 dans le service de M. le professeur Gaucher, à l'hôpital Saint-Louis, pour une tuméfaction douloureuse de la cuisse et du genou gauches.

La malade n'a pas d'antécédents tuberculeux ; elle est syphilitique.

L'accident primitif fut méconnu.

En 1896, apparaît une éruption généralisée ; cette éruption n'est pas attribuée à la syphilis, et guérit sans aucun traitement.

Cinq ans plus tard, en 1901, la malade, à la fin de sa première grossesse, présente une large ulcération du pharynx, dont la cicatrice est encore bien visible aujourd'hui.

Elle est alors traitée par le sirop de Gibert et l'iodure de potassium.

En juin 1904, iritis spécifique de l'œil gauche, traitée et guérie dans le service de M. le professeur Gaucher par : piqûres de benzoate, instillations d'atropine, application de sangsues aux tempes.

Le 3 août 1904, l'état général est peu satisfaisant ; la malade éprouve des douleurs articulaires qui disparaissent à la suite de piqûres d'huile grise.

L'affection actuelle aurait débuté il y a 4 mois, petit à petit, sans traumatisme.

Il y aurait eu un gonflement énorme de la cuisse et du genou gauches, avec abcès évacué il y a un mois à la face externe du genou.

Un trajet fistuleux persiste depuis lors, laissant suinter sans cesse un liquide séro-purulent.

La peau est adhérente aux plans sous-jacents, et beaucoup plus chaude que de l'autre côté.

Il existe un empâtement de tout le tiers inférieur de la cuisse et de toute la région du genou.

Il y a un peu d'atrophie du quadriceps du côté malade. La pression forte est sentie douloureusement dans la profondeur ; un point plus douloureux est décelable à la face externe du tiers inférieur du fémur.

Dans la moitié inférieure de la cuisse, on constate que le fémur est globuleux, beaucoup plus gros que du côté sain, portant une hyperostose sur sa face externe dans son tiers inférieur ; les condyles sont augmentés de volume.

La rotule présente un étalement et un élargissement de plus d'un centimètre à gauche, elle est mobile. Les plateaux du tibia sont également épaissis. On ne perçoit pas de craquements dans l'articulation, mais il y a une légère hydarthrose : on obtient le choc rotulien.

Mensuration du genou prise immédiatement au-dessus du bord supérieur de la rotule : à droite, 36 centimètres ; à gauche, 40. Seconde mensuration immédiatement au-dessous du bord inférieur de la rotule : à droite, 31 ; à gauche, 33 cent., 5.

Cette femme a eu 4 enfants, tous nés à terme. L'aîné est mort de pneumonie à l'âge de 7 mois ; les autres sont bien portants.

Le dernier accouchement a eu lieu il y a 6 semaines ; l'enfant ne présente aucun accident.

Depuis 4 ou 5 mois, la malade a subi un amaigrissement considérable. On ne trouve rien à l'auscultation ; l'*habitus général* pourrait faire penser à la tuberculose.

Le 6 juin 1907, après 7 jours de traitement par piqûres quotidiennes de 2 centigrammes de benzoate de mercure et par l'iode de potassium (2 grammes), l'amélioration est considérable.

Le gonflement de toute la région a diminué de plus de moitié ; la fistule est presque fermée et il n'est plus même possible de faire sourdre le pus qui suintait auparavant en grande abondance.

Après 16 piqûres, l'empâtement des parties molles a disparu, on sent plus facilement le fémur qui est encore augmenté de volume dans son tiers inférieur. Les mensurations reprises donnent :

Circonférence	au-dessus de la rotule	39 cm.
	au-dessous	— 33,5

L'orifice fistuleux est complètement fermé. Les points douloureux ont disparu ; les mouvements sont en grande partie revenus et la malade, qui était tenue au lit, peut maintenant monter les escaliers et se mettre à genoux.

Nous avons cru utile de présenter cette observation. Le médecin traitant cette malade, à qui d'ailleurs elle avait soigneusement caché sa syphilis, avait conseillé un grattage de l'os.

Chancre syphilitique de la gencive.

Par MM. GAUCHER, P. CAMUS et DRUELLE.

Le malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société est un jeune homme de 21 ans, sans antécédents pathologiques importants, héréditaires ou personnels, entré dans le service du Professeur Gaucher, auquel il avait été envoyé par le Dr Cruet, dentiste de l'Hôtel-Dieu, pour une ulcération de la gencive supérieure. Cette lésion date de 3 semaines ; elle a débuté par une petite excoriation superficielle qui a en quelques jours atteint la forme et les dimensions actuelles.

Cette ulcération siège sur la gencive supérieure gauche ; elle se traduit par une perte de substance occupant le bord de cette gencive, déchaussant une partie de la face antérieure des deux incisives et

atteignant sa plus grande profondeur entre l'incisive médiane et l'incisive latérale gauche. Elle érode le périoste et le bord antérieur alvéolaire du maxillaire. Ses bords sont arrondis et durs, non décollés. Le fond non suppurant est recouvert d'une pellicule blanc jaunâtre. Ses dimensions atteignent, suivant les diamètres, 1 à 2 centimètres. Les dents sont saines ; il n'y a pas de gingivite. Rien à la langue ni dans le reste de la bouche. Le malade n'éprouve aucun phénomène douloureux, même pendant la mastication.

Cette lésion gingivale s'accompagne d'une volumineuse adénopathie sous-maxillaire du côté gauche. Les ganglions sont durs, indolores, appliqués au bord inférieur et à la face interne de la branche horizontale de la mâchoire ; l'un d'eux atteint presque le volume d'un œuf de pigeon. D'autres ganglions plus petits, durs, mobiles, indolores, existent aussi le long du bord postérieur du sterno-mastoïdien du même côté.

Légers maux de tête apparus depuis quelques jours, surtout aux dernières heures de la journée. Bon état général. Rien d'autre à noter que de l'hyperhidrose plantaire et des cicatrices d'ecthyma aux membres inférieurs.

Le malade est soumis au traitement mercuriel depuis son entrée.

Ce cas est un exemple typique de chancre syphilitique du bord de la gencive supérieure. Le mode de début et l'évolution, la forme et l'aspect de la lésion, l'engorgement ganglionnaire si caractéristique, ne laissent aucun doute à cet égard.

Le mode de contamination ne peut être affirmé ici d'une façon absolue ; cependant, de notre enquête il résulte qu'il n'est presque certainement pas d'origine vénérienne, mais relève vraisemblablement d'une excoriation et d'une infection par cure-dents, dont se servait constamment le malade sans précaution suffisante.

Cette observation, en tout cas, nous a paru assez rare et assez intéressante pour mériter d'être présentée à la Société.

M. GAUCHER. — Ce cas de chancre syphilitique de la gencive est remarquable par ce fait qu'il s'agit d'une ulcération profonde atteignant le périoste et déchaussant plusieurs dents. Il faut reconnaître que ce ne sont pas là les caractères habituels d'un chancre syphilitique.

M. DANLOS. — Le chancre syphilitique des gencives n'est pas toujours aussi profond. Il peut n'être qu'érosif et superficiel ; il en était ainsi dans un cas que j'ai observé.

Chancre syphilitique de la fosse naviculaire de l'urèthre.

Par MM. GAUCHER et CAMUS.

Les observations de chancre syphilitique strictement limité à la

paroi uréthrale sont très rares, ainsi que le montre le petit nombre de cas publiés. Peut-être cependant ne sont-ils pas en réalité aussi exceptionnels et passent-ils quelquefois inaperçus ou confondus dans les symptômes d'une blennorrhagie concomitante. Pour ces motifs, ainsi que pour ses caractères cliniques particuliers, le cas suivant nous a paru intéressant et digne d'être présenté à la Société.

C'est un homme de 38 ans, dans les antécédents duquel on ne relève qu'une blennorrhagie chronique. Cette uréthrite aurait débuté à l'âge de 16 ans ; elle fut traitée pendant 3 à 4 mois par des injections de permanganate de potasse, puis par des capsules de santal. L'écoulement persista toujours depuis ce moment ; il subit deux ou trois recrudescences passagères. Réduit à l'état de goutte matinale, il dure encore aujourd'hui, 22 ans après le début.

Le symptôme révélateur de l'affection actuelle, c'est-à-dire du chancre syphilitique de l'urèthre, apparut il y a 4 semaines. C'est une adénite inguinale assez rapidement progressive et volumineuse et que le malade attribua à son uréthrite chronique. Pas de douleur à proprement parler, mais seulement un peu de gêne de la marche pour laquelle il vint consulter à l'hôpital Saint-Louis.

A l'examen, la verge et le prépuce sont sains ; les lèvres du méat sont très légèrement œdématiées ; la pression du canal fait sourdre un peu de liquide séreux, citrin. La palpation de l'urèthre révèle à la partie inférieure du gland une induration caractéristique. C'est un noyau arrondi et aplati, indolore et de consistance cartonnée, de 12 à 15 millimètres de diamètre, disposé horizontalement et occupant la paroi inférieure de la muqueuse au niveau de la fosse naviculaire.

En ouvrant le méat on n'aperçoit que la partie toute antérieure de sa surface ulcérée et infiltrée. L'aîne droite est le siège d'une adénopathie importante ; les ganglions engorgés sont durs, mobiles et indolores, l'un, plus volumineux, appartient au groupe supéro-interne de la région. Cette adénite semble depuis quelques jours en voie de régression.

Rien à la langue ni au pharynx, seulement un peu de gingivite superficielle. Quelques maux de tête le soir. Le malade est soumis au traitement mercuriel depuis 4 jours.

Depuis 2 jours le diagnostic vient encore d'être affirmé davantage par l'apparition des éléments d'une roséole sur le thorax et l'abdomen.

M. ALEX. RENAULT. — Il est nécessaire de palper soigneusement le canal chez tout malade atteint de blennorrhagie, pour éviter de méconnaître un chancre syphilitique de l'urèthre. Quand cette dernière lésion est en cause, les lèvres du canal s'écartent difficilement, l'écoulement est peu abondant et séro-sanguinolent.

Lésions des glandes vasculaires sanguines (corps thyroïde, capsules surrénales) dans les érythèmes desquamatifs et les affections bulleuses.

Par MM. P. GASTOU et BOGOLEPOFF.

Depuis quelques années l'attention est attirée sur les troubles organiques multiples consécutifs aux altérations des glandes vasculaires sanguines : hypertrophie, atrophie ou destruction, d'où résultent des insuffisances fonctionnelles par excès, défaut, ou anomalies de sécrétion, provoquant, en dehors du basedowisme, du myxœdème ou de l'addisonisme, des troubles trophiques multiples de la peau et des muqueuses dermo-papillaires.

Jusqu'à présent ces troubles ont été peu étudiés, en dehors du myxœdème et des pigmentations. Dans des communications récentes (1) MM. Léopold Levi et H. de Rothschild ont essayé de démontrer l'action trichogène du corps thyroïde, les relations de certains œdèmes transitoires (2), de l'urticaire chronique (3), de l'auto-infection à répétition (4) avec des altérations du corps thyroïde.

Il y aurait donc grand intérêt, dans l'étude de la pathogénie des dermatoses, à rechercher les rapports existant entre les altérations des glandes vasculaires sanguines et des affections cutanées.

Le premier d'entre nous, à plusieurs reprises, a attiré l'attention sur les synergies organiques et les suppléances fonctionnelles, existant entre la peau et les organes profonds : système nerveux et viscères.

L'étude de ces synergies et suppléances conduit à une conception physiologique des dermatoses basée sur l'existence des vaisseaux de fonction et de nutrition (5).

Le second d'entre nous a eu l'occasion d'apporter des arguments à cette conception en étudiant les altérations du corps thyroïde et des capsules surrénales dans des cas d'érythrodermies desquamatives ou bulleuses, et de montrer qu'à côté des lésions hépatiques, rénales et nerveuses, il y avait dans ces affections des altérations de certaines glandes vasculaires sanguines.

Dans quatre cas, les lésions suivantes ont été trouvées :

1^o Dermatite exfoliatrice (du type pityriasis rubra) : Sclérose du corps thyroïde avec atrophie folliculaire et épithéliale. Kyste dans les capsules surrénales.

(1) Comptes rendus de la Société Biologique, 11 mai 1907, t. LXII, p. 852.

(2) Id., t. LXI, p. 745.

(3) Id., t. LXI, p. 35.

(4) Id., t. LX, p. 797.

(5) Le Terrain dermatologique. *Revue des maladies de la nutrition*, t. I, 1903, n^o 2, p. 65. *Les Dermatoses systématisées*; voir également même Revue, 1903 et 1904.

2° Pityriasis rubra de Hebra : dégénérescence colloïde avec augmentation du tissu conjonctif dans le corps thyroïde. Lympho-sarcome des capsules surrénales.

3° Pemphigus foliacé : adénome du corps thyroïde et des capsules surrénales.

4° Maladie de Duhring : adéno-carcinome du corps thyroïde et sclérose conjonctive avec atrophie des capsules surrénales.

La coïncidence des altérations thyroïdiennes et capsulaires avec l'aspect clinique des lésions est des plus intéressantes. Il y a entre certaines dermatites exfoliatrices et les affections bulleuses de la peau des liens pathogéniques indiscutables.

Les unes et les autres peuvent aboutir à l'herpétide exfoliatrice maligne terminale et se rattachent, d'une part aux séborrhéides, d'autre part aux lymphodermies et au mycosis.

On peut envisager les groupes des érythrodermies comme formant deux séries parallèles :

1° *Érythrodermies desquamatives* : érythèmes toxiques et infections scarlatinoïdes ou scarlatiniformes, dermatites exfoliatrices, pityriasis rubra de Hebra.

2° *Érythrodermies bulleuses* : érythèmes toxi-infectieux, multiformes, pemphigus simple, maladie de Duhring, pemphigus végétant.

Dans ces 2 séries, quelle peut être la part pathogénique de la glande thyroïde et des capsules surrénales ?

La première par ses connexions vasculaires, les secondes par leur richesse nerveuse peuvent avoir, par leurs lésions, un retentissement sur la circulation générale, le système sympathique et le système nerveux central.

Les troubles fonctionnels du corps thyroïde entraînent des modifications dans la production de mucine ou des composés à base d'iode qui constituent sa sécrétion. La modification de la première peut provoquer des œdèmes cutanés, les modifications ou la production exagérée des composés iodés peut entraîner des affections à caractères bulleux du même genre que celles produites par l'absorption de l'iode ou des iodures.

Les troubles fonctionnels des capsules surrénales se répercutent sur le système nerveux sympathique, en outre, en modifiant la production de la sécrétion de l'adrénaline, peuvent entraîner des troubles vaso-constricteurs et vaso-dilatateurs causés d'érythèmes.

En résumé, que les altérations des glandes vasculaires sanguines soient isolées ou connexes, leur influence sur l'intégrité du fonctionnement normal des téguments est indiscutable. Il y a donc dans l'étude des lésions des glandes vasculaires, dans leurs rapports avec les affections cutanées, non seulement un intérêt pathogénique, mais un intérêt thérapeutique considérable au point de vue de l'emploi

de l'opothérapie thyroïdienne ou surrénale dans les dermatoses érythémato-desquamatives et bulleuses.

Baumes et onguents à base d'essences et de résines végétales dans le traitement externe des brûlures.

Par MM. P. GASTOU et C. GUILLOT.

La thérapeutique dermatologique a, depuis l'introduction des médicaments d'origine chimique, délaissé les baumes et onguents à base de produits végétaux, dont l'action est cependant des plus intéressantes à étudier.

Les baumes et les onguents ont joui, dans les siècles précédents, d'une grande faveur. Actuellement encore la médecine des simples en fait grand usage avec succès.

Les baumes sont des produits artificiels ou naturels ; on appelle les premiers : *baumes factices*.

Les *baumes factices* sont des solutions de substances médicamenteuses dans l'alcool, l'éther, les huiles ou les résines.

Les *baumes naturels* sont des sécrétions ou excréctions végétales, liquides ou solides, composées d'essences ou huiles volatiles odorantes, de résines et d'acides de la série aromatique.

Les *onguents* sont des composés liquides ou solides, à base de baumes naturels, d'essences et de résines, auxquels on associe des corps gras d'origine animale, végétale ou minérale, des sels ou des médicaments d'origine chimique.

Dans les *baumes* et les *onguents*, le rôle essentiel est joué par les *essences*, *huiles essentielles volatiles* appelées également parfums, et par les *résines*.

Les essences ou parfums naturels sont des composés volatils, hydro-carbonés, oxygénés ou sulfo-azotés ; leurs fonctions chimiques variables correspondent en chimie organique aux carbures d'hydrogène, alcools, phénols, aldéhydes, terpènes, éthers et acétones (1).

Les essences ont des propriétés antiseptiques, elles contiennent en outre des substances à action excitante ou astringente (vaso-dilatrices et vaso-constrictives).

Les *résines*, appelées souvent baumes naturels, sont des composés fluides ou solides, produits d'oxydation des huiles essentielles, caractérisés la plupart chimiquement par la présence d'acides de la série aromatique (acide benzoïque ou cinnamique). On les divise souvent en *résines*, *oléo-résines* et *gommes-résines*, suivant qu'elles sont associées ou non à des huiles ou gommes végétales.

Les essences et les résines sont solubles dans l'alcool, l'éther, les

(1) HERAIL. *Traité de Pharmacologie et de matière médicale*. Paris, 1901.

huiles fixes. La teinture de Quillaya Saponaria les émulsionne et sert souvent à les incorporer aux matières grasses animales, végétales ou minérales.

Les essences et résines dissolvent, seules ou avec la teinture de quillaya, l'iode, le soufre, le phosphore et un grand nombre de médicaments d'origine végétale ou chimique. Elles réduisent les sels et avec les alcalis forment des saponules.

Grâce à leurs propriétés, les *essences* et les *résines* peuvent, avec l'adjonction de poudres inertes ou actives, entrer dans la composition de baumes ou onguents des plus utiles et actifs dans le traitement des dermatoses.

Parmi ces baumes et onguents, nous en signalerons deux qui nous ont donné des résultats remarquables dans le traitement des brûlures et en particulier d'un cas de brûlure du visage et du dos par l'acide sulfurique.

Dès le lendemain de la brûlure, le liniment suivant fut appliqué recouvert de ouate :

Liniment oléo-calcaire.....	40 grammes.
Lanoline.....	20 —
Vaseline.....	10 —
Huile de Goménol.....	10 —
Ichthol.....	10 —
Orthoforme.....	2 —
Essence de verveine.....	) ã XXX gouttes.
Essence de lavande.....	
Carbonate de magnésie.....	) ã Q. S. pour faire
Talc.....	
	une crème.

Cette crème était renouvelée au début tous les jours. Très rapidement les eschares se détachèrent en même temps que la bouffissure des téguments diminuait. Les applications n'étaient pas douloureuses, la suppuration très peu marquée.

Du 15^e au 20^e jour, des pulvérisations de résorcine à 1 p. 500 furent faites et le liniment précédent remplacé par la composition suivante :

Baume du Pérou.....	XXX gouttes.
Onguent styrax.....	1 gramme.
Essence d'eucalyptus.....	XX gouttes.
Essence de cannelle.....	V —
Huile de vaseline.....	25 grammes.
Carbonate de chaux précipité.....	12 —

Cet onguent, plus douloureux que le liniment, a été néanmoins bien supporté. Les brûlures ont guéri à la face complètement ; dans le dos, où elles étaient très profondes, elles ont laissé quelques chéloïdes que les scarifications ont fait disparaître.

Il nous a paru intéressant de signaler cette médication des brûlures.

Nous avons utilisé d'autre part, dans des dermatoses variées, les essences et les résines comme base active de baumes et onguents qui nous ont donné des résultats curatifs excellents. Les parfums, d'ailleurs, ont été de tous temps utilisés par la cosmétique et la médecine anciennes dans l'art de conserver le visage et dans le traitement des maladies de la peau.

M. NOIRÉ. — Je ferai remarquer que moins on met de médicaments sur une radiodermite et plus elle guérit facilement. Un excellent médicament est l'huile d'amande douce stérilisée. J'ai vu se cicatriser par cet agent des radiodermes ayant résisté à tous les autres traitements.

M. DANLOS. — Je suis de l'avis de M. Noiré, les radiodermes guérissent d'autant mieux que l'on y fait moins d'applications médicamenteuses.

M. BALZER. — J'ai employé avec beaucoup de succès dans le traitement des radiodermes la solution d'alun à 1 p. 100.

M. DANLOS. — S'agissait-il, dans les cas traités par M. Balzer, de radiodermite érythémateuse ou de radiodermite ulcéreuse.

M. BALZER. — J'ai eu affaire à des radiodermes érythémateuses.

M. DANLOS. — Ces radiodermes érythémateuses guérissent seules et avec grande facilité. Il y a une grande différence sous ce rapport avec les radiodermes ulcéreuses.

Contribution à l'étude de la livedo inflammatoire.

Par MM. F. BALZER et P. MERLE.

Le nom de *livedo* est un terme de séméiologie qui désigne des états de congestion de la peau dans lesquels le système vasculaire sous-cutané est plus ou plus dessiné par la stase sanguine, de manière à former des taches ou des réseaux circonscrits à certaines régions et plus ou moins permanents. Ces réseaux, d'après une comparaison ancienne, rappellent parfois ceux qui se développent après la mort et que l'on désigne du nom de *lividités cadavériques*. Ces termes de *lividités*, *livedo*, indiquent surtout des rougeurs plus ou moins en réseau, tandis que le terme de cyanose s'applique à des rougeurs diffuses.

On peut les observer momentanément chez les individus qui sont restés trop longtemps dans la station verticale ou assise, les jambes pendantes : c'est la *livedo mechanica*.

Ils sont encore bien caractérisés dans une forme assez commune de *livedo* qu'on observe fréquemment chez certains sujets affectés de cyanose des extrémités. On voit chez ces individus, en même temps que la rougeur asphyxique des mains et des pieds, des congestions

vasculaires qui provoquent des *tâches cyanotiques* ou bien qui dessinent des réseaux annulaires, des marbrures en divers points du corps et en particulier souvent autour des coudes et des genoux. C'est ce qu'on appelle la *livedo calorica*, et que l'on peut parfois appeler justement la *livedo a frigore*. Cette variété assez commune ne retiendra pas ici notre attention, mais nous devons cependant faire remarquer à ce sujet qu'elle se développe; dans des conditions déterminées, chez des individus dont la nutrition est défectueuse, sensibles comme tels à l'action du froid qui détermine facilement chez eux l'affaiblissement de l'innervation vaso-motrice. De plus, ces troubles de la circulation périphérique marquent surtout leur action en certains points localisés, aux extrémités et autour des articulations et peuvent produire là soit des rougeurs cyanotiques diffuses (*livedo diffusa*), soit des rougeurs en réseaux, qu'on appelle ordinairement la *livedo annularis*. Ces phénomènes sont ordinairement passagers, ils cèdent facilement avec les mouvements, avec le réchauffement de l'individu; ils n'en reproduisent pas moins, à ce degré atténué, les principaux caractères de la *livedo*. Et même, comme nous le dirons plus loin, d'après Mracek, certains cas de *livedo a frigore* peuvent atteindre un degré de permanence assez marqué qui les rapproche des faits que nous voulons actuellement rapporter.

Ces faits concernent un type de *livedo* relativement *intense et permanent*, dans lequel se produisent des troubles vaso-moteurs et de la congestion régionale avec inflammation des parois des veines superficielles de la région affectée. Bien que l'inflammation n'aille pas jusqu'à produire des coagulations intraveineuses, la phlébite réticulaire n'en est pas moins évidente et cette variété pourrait porter le nom de *livedo inflammatoire*. Elle diffère de la *livedo* réticulaire *a frigore*, que caractérise la congestion des vaisseaux capillaires, par sa persistance et sa chronicité relatives, et par les dépôts pigmentaires, conséquences de l'inflammation des parois des troncs veineux et de l'exsudation de la matière colorante du sang.

Les *causes* de cette forme de *livedo* sont obscures; cependant on peut tout d'abord relever dans son étiologie les troubles de la circulation générale, dépendant du cœur ou des vaisseaux. Dans les deux cas que nous rapporterons, les viscères abdominaux, et notamment le foie, sont manifestement intéressés, à des degrés divers, il est vrai. Nous rapporterons d'abord le fait que nous observons actuellement et qui concerne le malade que nous avons présenté à la Société de Dermatologie dans la séance du 2 mai (1).

OBSERVATION. — Ce malade, âgé de 60 ans, entre, le 19 avril 1907, à

(1) Les figures annexés à ce travail paraîtront dans le numéro suivant du Bulletin de la Société.

l'hôpital Saint-Louis, pour des troubles de la santé générale consistant surtout en polyurie avec légère incontinence d'urine et lésions cutanées au niveau des membres inférieurs.

Il faut signaler comme antécédents pathologiques la scarlatine à 12 ans, la variole à 28. La santé restée bonne permit une vie très active : ce n'est que depuis quelques années qu'il est survenu des troubles du côté des membres inférieurs, des varices avec œdème marqué surtout à la jambe gauche ; en 1902, hémorrhagie assez abondante par suite de rupture d'une des veines variqueuses. Un peu plus tard, il fallut évacuer par une petite incision un abcès survenu au cou-de-pied gauche. De l'eczéma apparut ensuite, au niveau de cette même jambe. Au mois de décembre 1906, la santé s'est altérée d'une façon notable : les deux jambes cette fois s'œdématisaient. L'eczéma de la jambe gauche s'accroissant, de son chef le malade essaie malheureusement l'application de petits vésicatoires à la face interne des deux jambes et c'est peu après que débutent les lésions que nous constatons à la face interne des genoux et qui ont retenu notre attention.

Sur la face interne de la jambe gauche, il persiste un large placard d'eczéma sec ; sur la droite, on note un placard cicatriciel et pigmenté consécutif à l'application des vésicatoires.

Sur la face antéro-interne des deux genoux, occupant de chaque côté une surface large environ comme la main, on constate la présence d'un réseau formé par des bandes d'une coloration rouge et brunâtre limitant dans leurs mailles des espaces de peau saine qui paraissent même décolorés, par contraste. Ces bandes, à l'entrecroisement des mailles du réseau, présentent la coloration rouge-cinabre sur laquelle a insisté Auspitz ; cette coloration se voit dans la partie médiane des bandes pigmentées dont les bords présentent une coloration brunâtre. En exerçant une certaine pression, de manière à chasser le sang du vaisseau, on fait disparaître la coloration cinabre, tandis que la coloration brunâtre du pigment persiste ; il est donc manifeste que la coloration cinabre existe sur le trajet même du vaisseau. Au niveau des points d'entrecroisement, l'épiderme présente souvent un léger plissement et le derme semble aminci et transparent, surtout au centre de la lésion. Les bandes ont environ un diamètre maximum d'un centimètre. Elles donnent l'impression d'être causées à la fois par un état cyanotique de la peau et par de la pigmentation. Elles ne font aucune saillie sur les téguments voisins. Dans les intervalles, les espaces de peau saine sont larges en général de un centimètre environ : ils sont plus ou moins régulièrement limités par les bandes et les taches pigmentées. Lorsqu'on appuie sur les parties colorées de ce réseau on provoque une décoloration presque complète en chassant le sang des téguments ; il persiste néanmoins une coloration brun jaunâtre au niveau des bandes intéressées. En cessant la compression, l'état primitif revient assez rapidement. La pression ne provoque aucune douleur, les anneaux sont plus nets dans la partie centrale de la région considérée ; à la périphérie ils pâlisent et le réseau va en s'atténuant sur la cuisse, pour se confondre insensiblement avec la peau saine : on en voit encore des vestiges à la face interne des deux jambes, assez bas, où elles se mélangent avec les lésions eczémateuses et les cicatrices dont nous avons parlé.

Il n'existe aucun trouble de la sensibilité locale.

En un ou deux points du réseau on note de véritables petites surfaces cicatricielles, mais elles sont consécutives à un état inflammatoire qui aurait précédé les lésions actuelles et dont le malade rapporte confusément l'histoire : il y aurait eu des vésicules rougeâtres qu'il perça avec une aiguille et d'où il sortait un peu de sérosité. En somme, la peau des deux régions atteintes était saine au moment où sont apparus les réseaux de la livedo; celle-ci s'est accentuée pendant les mois de janvier et de février, puis, après un état stationnaire, elle tend maintenant manifestement à décroître, principalement sans doute grâce au repos.

Ces lésions locales, développées sur des membres dont la nutrition est profondément troublée, comme nous l'avons vu, ne sont pas non plus indépendantes de l'état de la santé générale. — Notre malade, depuis son entrée à l'hôpital, remplit chaque jour un bocal d'urine de 5 litres; ces derniers temps, on a pu réduire à 3 litres l'émission d'urine en faisant boire de la tisane de valériane. Ces urines contiennent un peu d'albumine, du sucre en petite quantité; cette glycosurie légère est, du reste, intermittente et n'existe plus maintenant. L'analyse faite par M. Dugros, interne en pharmacie, a donné les résultats suivants pour 4^{litres},500 d'urine émise dans les 24 heures : densité à + 15°, 1001,9; urée par litre, 1^{gramme},744; azote de l'urée, par litre, 0,811; azote total, 0,985; rapport azoturique, 82,3 p. 100; acide urique, 0,147 par litre et 0,66 par 24 heures; chlorures NaCl, 13,05; phosphates en acide phosphorique anhydre, 0,126 par litre, 0,567 par 24 heures; phosphates (en phosphate de soude), 0,252 par litre et 1,134 par 24 heures; acidité normale; indican, 0; urobiline, 0; albumine, traces. On note de la polydipsie et un certain degré de polyphagie. Le foie est volumineux, il remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du mamelon et déborde les fausses côtes. Le malade perd un peu ses urines depuis quelques mois, il est capable cependant de se retenir lorsqu'il est dans la position assise; il n'y a pas d'incontinence des matières fécales et les réflexes rotuliens sont normaux. On note cependant un certain degré de paresse du réflexe pupillaire à la lumière et du tremblement des mains.

La cornée présente un arc sénile marqué. Le cœur a des bruits sourds, et les poumons sont légèrement emphysémateux. La prostate est un peu volumineuse, mais pas au point de gêner la miction.

A la date du 20 juin, les réseaux vasculaires ont disparu sur les cuisses et les jambes, mais se voient encore à la face interne des genoux.

Ces lésions cutanées sont tout à fait comparables à un cas rapporté par l'un de nous avec Griffon à la Société de Dermatologie et dont les moulages figurent au musée de l'hôpital Saint-Louis, sous les n^{os} 1913 et 1914 (1). Nous résumons cette observation.

OBSERVATION. — Chez un homme âgé de 36 ans, présentant des varices

(1) BALZER et GRIFFON. Inflammation avec pigmentation des réseaux vasculaires superficiels du derme (Érythème pigmenté réticulaire). *Ann. de Derm. et de Syph.*, 1897, p. 51. — Note additionnelle sur un érythème pigmenté réticulaire. *Ann. de Derm.*, 1898, p. 176.

aux membres inférieurs, l'éruption a débuté d'abord au genou droit par une ligne brunâtre, d'où sont parties des ramifications constituant un réseau vasculaire très marqué à la face interne du genou. Même éruption au genou gauche quelques semaines après. Cette double éruption des genoux est formée par un réseau assez serré, brunâtre, pigmenté, rouge, surtout aux points d'entrecroisement des mailles du réseau, avec petit plissement de l'épiderme à ce niveau. Il y a de la chaleur et un peu de douleur. Le réseau vasculaire enflammé est superficiel, car on voit par transparence le réseau plus profond qui paraît indemne. Pendant son séjour à l'hôpital, le malade eut une fluxion rhumatismale sur le pied droit. Nous pensâmes d'abord à une sorte d'érythème avec pigmentation localisée sur le réseau veineux superficiel, d'où le nom d'*érythème pigmenté réticulaire*. Sans nous rendre compte de la véritable nature de cette éruption, nous la considérâmes comme indépendante de l'état variqueux des jambes. — Quelque temps après sa sortie, nous eûmes des nouvelles du malade, qui était entré à l'hôpital Saint-Antoine dans le service du Dr Letulle. Là on avait reconnu l'existence non douteuse d'une cirrhose alcoolique du foie avec ascite. Il devenait dès lors rationnel de penser à rattacher son éruption des genoux, encore persistante, à la maladie du foie.

Nous avons cherché si la littérature rapportait des cas analogues, et quelle dénomination leur appliquaient les auteurs.

Hebra (*Maladies de la peau*, édition de 1869, t. I, p. 60) donne d'une affection qu'il appelle *Livedo calorica* une description très caractéristique. « On trouve, dit-il, sur la peau de certaines personnes sensibles au froid, des plexus formés par les veines injectées, aussi nets que ceux qu'on peut observer sur la peau d'un cadavre. Dans ces circonstances, le tégument présente des lignes rouge bleu et bleu foncé, et formant des cercles ou des figures sinueuses variées : ces dessins s'observent surtout à la peau des extrémités et à un degré moindre sur le tronc : ils s'effacent complètement sous la pression du doigt et reparaissent ensuite ».

Hebra range cette affection dans les *hyperhémies passives idiopathiques*, à côté de la *Livedo mechanica* que l'on peut produire en pratiquant une constriction à la racine d'un membre. C'est surtout objectivement que ces lésions se rapprochent de celles de notre malade, car il ne s'agit là que d'un état transitoire causé par l'action du froid (*livedo a frigore*).

Dans le cas de Unna (*Atlas international des maladies rares de la peau*, fascicule X, 1893, planche XXXI. Asphyxie réticulaire multiple), les symptômes sont plus importants ainsi que les lésions. Chez une femme de 20 ans qui avait présenté peu de temps auparavant un érysipèle de la face avec abcès consécutifs, chez laquelle on notait encore de l'œdème dur du front ainsi que de l'œdème des jambes et un état ichtyosique des téguments, il se produisit au pli de flexion du bras droit un ensemble de taches bleu violacé formant réseau ; le

diamètre des mailles était de 2 à 4 centimètres, de plus il existait plusieurs ulcérations à ce niveau. On trouvait des réseaux analogues en d'autres régions du tégument, jambes et dos. On trouva, à l'examen histologique, des altérations vasculaires inflammatoires étendues, avec stase sanguine dans le réseau sous-papillaire, sans extravasation de globules rouges mais avec diffusion d'hémoglobine. Les figures réticulaires ont donc été produites, comme le dit Unna dans ses conclusions, non seulement par une stase veineuse, mais encore par un agent pathogène inconnu qui causa l'altération des vaisseaux.

Mracek (*Handbuch der Hautkrankheiten*. Article : Érythèmes vaso-moteurs) s'explique assez nettement sur les cas de *livedo calorica*. « La peau marbrée ou *Livedo annularis* (Marbled Skin) est constituée par un dessin hyperémique violacé en forme de réseau, avec des îlots clairs entre les mailles larges comme une lentille, ou un peu plus : elle se rencontre au niveau des extrémités et quelquefois au tronc. En examinant un certain nombre de malades atteints de cette affection, on peut se convaincre qu'il s'agit là d'une manière d'être constitutionnelle de la peau et que le froid n'est qu'une cause occasionnelle des marbrures. Ces personnes présentant des réseaux de livedo en un point quelconque des téguments peuvent contracter, sous l'influence du froid, la *livedo calorica* des mains, caractérisée par une coloration violette avec légère tuméfaction, montrant sur un fond pâle des taches d'un rouge cinabre. » Pour Mracek, cette livedo provient d'une dilatation des capillaires, sans dilatation des vaisseaux artériels : il en résulte un afflux de sang désoxygéné qui les remplit et donne à la peau la couleur livide. Il envisage ensuite la façon dont les régions atteintes se comportent sous l'influence de la friction et de la pression. Si l'on provoque ainsi l'anémie du territoire intéressé, et cela progressivement, de la périphérie vers le centre, on voit se produire une coloration rouge-brique. Ce phénomène tient à l'état de tonicité des petits vaisseaux qui restent longtemps dans un état de réplétion faible : ils contiennent de fines colonnettes de sang produisant avec la coloration jaunâtre des téguments la teinte rouge-brique constatée.

Signalons encore l'observation de Pringle (Asphyxie réticulaire multiplex : *Dermat. Soc. of London*, 9 juillet 1902), dans laquelle il s'agit d'une éruption de taches pourpres de la grandeur de l'ongle, mélangées de taches d'une pâleur syncopale avec œdème de la peau.

D'autres auteurs désignent sous le nom de *Livedo* de simples cyanoses symptomatiques : Hyde (*Diseases of the Skin*, p. 181, article : Érythèmes symptomatiques). « Le terme de *Livedo* s'applique aux régions circonscrites sièges d'érythème dû à une congestion passive. Quelquefois ce sont le nez, les joues, les doigts les orteils qui sont atteints : la maladie bleue, la cyanose d'origine cardiaque peuvent en être la cause.

Brocq (Traité élémentaire de dermatologie pratique, p. 370, t. II) rapporte les observations de Unna et de Pringle et les range dans les Télangiectasies, 3^e division : Asphyxies réticulaires ou Livedo.

Comme on le voit, les auteurs ont étudié certainement des cas de natures très diverses (1).

De l'ensemble de ces faits, il semble résulter que les dénominations qui conviennent aux lésions telles que celles présentées par notre malade sont celles d'*asphyxie* ou *cyanose réticulaire* ou *Livedo*. Ces réseaux vasculaires paraissent, d'autre part, être produits par des causes multiples, tantôt un état spécial des vaisseaux hyperhémisés sous l'influence du froid (description de Hebra, de Mracek), tantôt un état inflammatoire léger (cas de Balzer et Griffon) ou une inflammation véritable capable d'aboutir à des lésions nécrotiques comme dans le cas de Unna, tantôt enfin, comme cela semble être le cas pour notre malade, un état d'altérations vasculaires inflammatoires ayant pris naissance peut-être au niveau de membres en mauvais état trophique.

La livedo dépend en grande partie d'un trouble circulatoire, de l'hyperémie passive, mais ce trouble circulatoire qui intervient sans doute dans tous les cas, d'une manière générale n'est qu'un phénomène banal qui n'explique pas suffisamment les localisations spéciales de la livedo, la symétrie qu'elle peut affecter, ni même les caractères cliniques de l'affection. La gêne circulatoire existe chez une foule de malades affectés de maladies du cœur ou du système circulatoire ou respiratoire, d'affections viscérales, de varices, de phlébites anciennes ou récentes, sans qu'on assiste au phénomène spécial appelé livedo. Dans la *phlegmatia cerulea dolens* des auteurs anglais, il existe seulement une teinte cyanique. A l'hôpital Saint-Louis, qui est encombré de malades affectés de diverses manières de troubles de la circulation périphérique, nous n'avons observé que très peu de cas comparables aux deux observations personnelles signalées dans ce travail. Il faut donc certainement tenir grand compte des troubles circulatoires, mais il faut aussi qu'une autre cause intervienne et provoque la congestion avec un certain degré d'inflammation du réseau veineux de l'hypoderme qui est le siège de la livedo. Il peut exister certainement, dans les cas assez intenses, un certain degré de phlébite ou plus exactement de périphlébite associée à la congestion veineuse. La preuve en est donnée par les caractères cliniques : 1^o rougeur spéciale sur le trajet des *veinules* et accentuée surtout à leurs points d'anastomoses, où se constituent même parfois des éléments rouge cinabre d'apparence érythémateuse ; 2^o exsudation abondante de matière colorante du sang qui donne lieu à la pigmentation de la peau ; 3^o parfois même, douleurs

(1) Voir aussi, pour l'étude des hyperémies passives, le travail d'Auspitz : *Pathologie et Thérapeutique générales des maladies de la peau*. Trad. Doyon, 1887.

égères à la pression sur le trajet des veines. La durée de ces principaux signes indique une inflammation des veines. Son existence a été mise hors de doute par certains faits publiés, assez complexes, il est vrai, tels que celui de Unna. La facilité avec laquelle la pression modifie jusqu'à un certain point la coloration des parties affectées et l'absence de coagulation nous font admettre un état hyperémique permanent avec périphlébite siégeant sur un département plus ou moins étendu des réseaux vasculaires sous-dermiques.

Quant à la cause déterminante de cette inflammation locale des veines au siège de la livedo, il est probable qu'elle puisse dépendre de causes différentes suivant les cas. A propos de ces lésions, on a fait ressortir la haute importance des *auto-intoxications* (1) provoquant des troubles de l'innervation vaso-motrice localisés qui peuvent affecter, comme dans nos cas, une localisation symétrique. Cela est comparable aux éruptions angioneurotiques produites par l'ingestion de certains médicaments, par exemple, les balsamiques; certaines infections générales agiraient peut-être aussi d'une manière analogue.

Une cause générale nous semble être intervenue seule dans le cas publié en collaboration avec M. Griffon. La *cirrhose du foie* d'origine alcoolique, observée dans ce cas, a dû jouer un rôle important, bien que nous ne puissions pas le définir. Dans notre cas actuel, les viscères sont également atteints : le *foie est gros*, le malade a eu un peu de glycosurie et surtout une *polyurie* très forte; mais le cas est plus complexe que le premier, à cause de l'œdème des jambes, de l'eczéma, et même de la dermite par applications de petits vésicatoires faites sur les jambes, états qui ont pu augmenter l'intensité de la livedo. En somme, dans les deux cas, les affections viscérales avec les troubles de la *stase sanguine* qui en dépendent doivent être remarqués spécialement dans l'étiologie de la livedo, et celle-ci pourrait bien dépendre de *troubles de l'innervation vaso-motrice*, allant jusqu'à l'inflammation, provoqués par ces affections. La gêne circulatoire par hyperémie active ou passive ne produit pas à elle seule de semblables phénomènes. Ils ont une évolution déterminée et peuvent se reproduire en dehors de toute stase sanguine permanente des régions voisines, ainsi que cela s'est produit dans notre premier cas. Leur apparence d'érythèmes avec congestion passive, leur localisation autour des vaisseaux en réseaux pigmentés dans une région assez nettement circonscrite, leur donnent une allure assez caractéristique qui les rapproche des autres formes de livedo annulaire.

En résumé, le nom de livedo est un terme de séméiologie. Il s'applique

(1) UNNA. *Histopathologie des Mal. de la peau*. — LENGLET. Art. Trophonévroses *Prat. dermat.*, t. IV. — UNNA signale une variété de livedo qu'il rattache aux érythanthèmes et aux angionévroses, et remarquable par l'apparence papuleuse en certains points du réseau, et même par la formation de petites bulles.

à des accidents qui doivent être divisés en plusieurs classes, car ils diffèrent dans leur marche, dans leurs causes et même dans leurs lésions, mais ils forment pourtant un groupe relié par les signes extérieurs et par certaines données pathogéniques. Ils s'observent chez les individus à nutrition défectueuse atteints de troubles fonctionnels ou d'affections des viscères, avec gêne marquée de la circulation périphérique, et avec des accidents généraux dépendant soit de l'infection, soit de l'intoxication. Consécutivement arrivent des troubles de l'innervation vaso-motrice, qui se localisent avec une intensité et une durée variables sur des territoires vasculaires cutanés pour y produire un certain degré d'inflammation du réseau veineux et une forme de livedo différente des variétés purement hyperémiques qui sont habituellement observées.

Une place à part dans le groupe doit être réservée au genre de *livedo érythémato-inflammatoire* dont nous rapportons deux observations, et qui diffère des autres genres par sa permanence et son intensité.

Sur un cas de phlébites récidivantes des veines des membres inférieurs et des veines sous-cutanées abdominales.

Par MM. BALZER et GALUP.

Il s'agit d'une malade, Marie J..., âgée de 61 ans, blanchisseuse, entrée à l'hôpital Saint-Louis, salle Alibert, le 23 avril 1907, pour de la phlébite des veines de la paroi abdominale antérieure, et actuellement encore en traitement dans cette salle. Cette femme a eu 6 enfants et, après chacun de ses accouchements, qu'elle dit avoir été tous normaux, a commencé à se lever dès le premier jour. Pas d'antécédents pathologiques, hors la longue succession de crises phlébitiques qui ont précédé la crise actuelle.

La première crise s'est produite à l'âge de 36 ans, à la suite du 6^e accouchement, au 8^e jour des relevailles, et a porté d'emblée sur les veines des deux membres inférieurs et sur les veines sous-cutanées abdominales, principalement autour de l'ombilic. La malade reste alitée 50 jours et garde comme reliquat de nombreuses varices. Des ulcères variqueux ne tardent pas à se produire au niveau des deux jambes. Pendant plusieurs années, ils se cicatrisent et se reproduisent alternativement. Finalement ils arrivent à faire le tour complet des jambes et la malade, à l'âge de 52 ans, entre pour la première fois à Saint-Louis, salle Henri IV. A ce moment, quelques jours après son hospitalisation, elle a une nouvelle crise de phlébite, mais qui, cette fois, porte uniquement sur les veines sous-cutanées abdominales. Guérison en 4 semaines des ulcères et de la phlébite. Mais récidive des ulcères à plusieurs reprises, entraînant divers séjours à l'hôpital.

Pendant un de ces séjours, il y a 4 ans, troisième crise de phlébite des veines sous-cutanées abdominales et nouvelle guérison en 4 semaines. La malade quitte l'hôpital. Mais bientôt ses ulcères se reproduisent une fois

de plus. Elle s'alite chez elle. Au bout de quelque temps, la phlébite reparait, avec douleurs plus lancinantes, spontanément et à la pression. C'est cette quatrième crise qui amène actuellement la malade salle Alibert, le 23 avril 1907. A cette date, les symptômes sont des plus nets. On voit, saillant sous les téguments, des deux côtés, mais surtout du côté droit, un cordon sinueux et dur, de la grosseur d'un crayon volumineux ; il s'élève du milieu de l'arcade crurale et peut être suivi jusqu'à la hauteur de l'ombilic. De ce cordon se détachent d'autres veines dilatées qui s'entrecroisent pour former un véritable réseau. Les téguments sur le trajet du cordon sont rouges et enflammés. Douleur spontanée et à la pression localisée à ce trajet, avec prédominance au niveau de la fosse iliaque. Quatre ou cinq jours après son hospitalisation, la malade accuse des douleurs lancinantes le long de la face interne de la cuisse droite ; le processus phlébitique se propage à cette région, avec cordon dur et noueux nettement visible suivant le trajet de la saphène, au niveau de la crosse de laquelle il se continue avec le cordon de la sous-cutanée abdominale.

Sous l'influence du repos et de pansements à l'ichtyol, les accidents rétrocedent peu à peu, mais une nouvelle phlébite se produit au niveau de la cuisse gauche. Malgré sa guérison incomplète, la malade veut quitter l'hôpital le 27 mai. Elle y rentre le 6 juin, avec une aggravation nouvelle des ulcères, mais sans poussée phlébitique nouvelle. On continue à percevoir les cordons veineux indurés sous la peau de l'abdomen.

Cette observation nous paraît intéressante à divers points de vue, d'abord par la localisation qu'y affecte le processus phlébitique suivant le trajet des veines sous-cutanées abdominales, localisation très exceptionnelle. Rien au surplus ne nous permet de soupçonner, dans les antécédents de la malade, une lésion viscérale quelconque ayant produit, antérieurement à l'apparition de la phlébite, une circulation collatérale qui aurait dilaté et lésé ces veines et les aurait rendues plus aptes à subir l'infection.

Intéressante aussi, au point de vue pathogénique, nous apparaît, cette longue succession de phlébites au cours d'une période de 25 années. Il semble, en effet, incontestable que, tandis que la première crise est nettement d'origine puerpérale, les suivantes soient des crises de phlébite variqueuse, l'agent infectieux ayant trouvé dans les ulcères des jambes une porte d'entrée toute naturelle. Peut-être pourtant y aurait-il à se demander si, à défaut de toute réinfection, la crise primitive ne pourrait suffire à expliquer les crises ultérieures, par un réveil de microbisme latent, tel qu'on l'admet, par exemple, dans les cas de récidives lointaines d'ostéomyélite. En effet, s'il est facile d'expliquer les phlébites des membres inférieurs par des infections parties des ulcérations des jambes, il est moins facile d'expliquer de cette manière les crises phlébitiques qui atteignent chez notre malade les veines sous-cutanées, et cela quelquefois en l'absence de toute autre phlébite des membres inférieurs.

Affection indéterminée peut-être congénitale des glandes sébacées.

Par M. H. DANLOS.

Cette lésion a été constatée sur un jeune homme de 20 ans, entré à l'hôpital pour une roséole syphilitique survenue dans les délais et conditions ordinaires. Ce malade portait sur le tronc, principalement dans son tiers inférieur, en arrière et sur les flancs, de petites taches blanches, d'aspect presque cicatriciel, brillantes à jour frisant, arrondies, centrées toutes par un petit orifice dépourvu de poil. Leur diamètre moyen mesurait deux millimètres environ. Ces taches étaient isolées et plus généralement groupées sans configuration régulière, presque confluentes en certains points. Quelques-unes étaient au niveau de la peau ou même un peu déprimées; la plupart faisaient une saillie très légère que Baretta jugea trop minime pour apparaître au moulage, saillie qui s'effaçait un peu par la tension de la peau et s'exagérait au contraire dans certaines attitudes, comme font les lésions improprement appelées vergetures syphilitiques. Ces taches siégeaient manifestement au niveau des glandes sébacées. Le malade ne savait rien de leur origine ou de leur évolution; il en ignorait même l'existence. On aurait pu les rattacher soit au lichen plan atrophique, soit à la kératose pileuse. Mais le siège n'était nullement celui du lichen atrophique, et l'on ne constatait nulle part d'élément de lichen en évolution. Le sujet portait, il est vrai, un peu de kératose pileuse sur les bras et les cuisses, mais elle y était peu accusée; et sur le tronc, au voisinage des taches cicatricielles (?), il n'y en avait pas trace. Il nous a semblé pour ce motif que l'idée d'une kératose pileuse n'était pas acceptable. Dans l'impossibilité de rattacher cette lésion à un type morbide connu, nous avons pensé à une difformité, ou à une affection congénitale éteinte des glandes sébacées.

Le malade ne pouvait fournir aucun renseignement utile sur ses antécédents morbides. Il avait la peau grasse, et pourtant d'une finesse remarquable dans la région des épaules. Ses cornées portaient quelques leucomes, vestiges de kératites infantiles. Pas de cicatrices d'écrouelles, pas de stigmates caractérisés de syphilis héréditaire. A titre de renseignement, nous avons fait reproduire par la photographie cette lésion dont le moulage avait été jugé impossible par Baretta (voir figure 1) et nous avons prié M. Gastou de préciser par une biopsie la nature de l'altération. Voici à ce sujet la note qu'il a bien voulu nous remettre.

M. Gastou, ayant fait une biopsie au niveau d'un élément d'apparence cicatricielle, centré par un point légèrement déprimé, a constaté sur les coupes que la dépression centrale correspondait à l'ouverture d'un follicule pileux.

L'ensemble des coupes ne démontre pas de lésions bien marquées, ni très apparentes en dehors d'une modification particulière du tissu

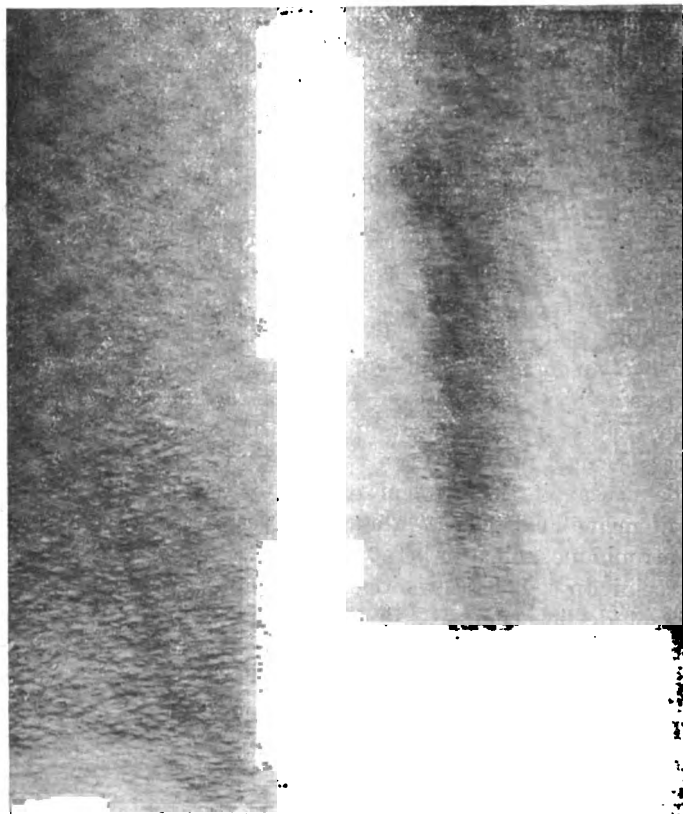


FIG. 1.

conjonctif sous-épidermique et d'un épaissement d'ensemble des faisceaux élastiques sous-papillaires.

L'épiderme est aminci et présente peu de digitations. Immédiatement au-dessous de la membrane basale, existe une couche de fibres

conjonctives, dirigées parallèlement à l'épiderme et en suivant les sinuosités.

Cette couche est formée de plusieurs assises superposées ainsi que le démontre la figure 2. On voit nettement les noyaux fusiformes, aplatis, très allongés, au-dessous de cette couche le tissu conjonctif et élastique est dense, épais, prenant mal les colorations.

Il y a très peu de vaisseaux. Ceux-ci sont entourés d'une infiltra-

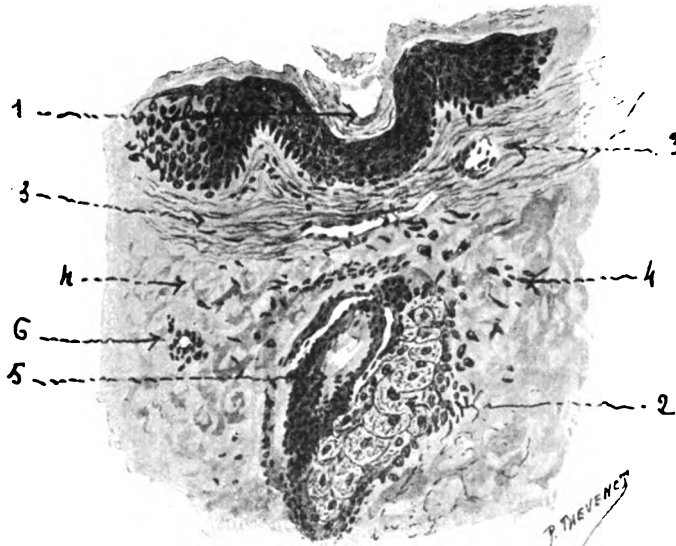


FIG. 2. — 1. Dépression folliculaire correspondant à la dépression existante d'apparence cicatricielle. — 2. Glande sébacée, aplatie avec dégénérescence des cellules. — 3. Couche fibro-élastique anormale sous l'épiderme. — 4. Tissu sous-papillaire; éléments fibro-conjonctifs et élastiques épaissis, prenant mal les colorations histologiques (en dégénérescence). — 5. Follicule pilo-sébacé. — 6. Vaisseau avec infiltration périphérique légère.

tion cellulaire en rapport avec les lésions syphilitiques secondaires, d'ailleurs très peu marquées.

L'ostium folliculaire qui centre les coupes est légèrement hyperkératosique. C'est la seule lésion épidermique que l'on puisse constater.

La glande sébacée qui accompagne le follicule pileux central est aplatie, les cellules qui la composent sont globuleuses, comme tuméfiées et contiennent dans leur cavité des petits amas sphériques d'apparence colloïde ou hyaline.

On ne constate pas d'autres altérations.

La modification essentielle de la peau constatée sur les coupes porte donc entièrement sur la couche conjonctive sous-épidermique.

La structure de cette couche rappelle les altérations conjonctives que l'on rencontre souvent dans les nævi, ce qui ferait penser qu'il s'agit chez ce malade d'une sorte de dystrophie conjonctive péri-pilaire d'origine congénitale probable.

**Lymphomes symétriques des paupières, de la joue
et de l'oreille gauche sans leucémie.**

Par MM. DANLOS et BLANC.

Histologie par M. GASTOU.

Le nommé Musm..., âgé de 70 ans, entre le 14 mai 1907, salle Bichat, lit n° 16.

A. H. — Parents morts à un âge avancé.

Frères et sœurs vivants et bien portants.

A. P. — Pleurésie purulente en 1882, pleurotomie.

Il y a 2 ans, à la suite d'émotions et de chagrin, le malade voit apparaître sur les joues des « boutons » irrégulièrement disposés, élevés, légèrement rouges et un peu prurigineux, siégeant sur une surface plus dure que le reste.

Pendant 14 mois ce sont les seuls symptômes observés, l'éruption survenant par intervalles et étant nettement influencée par l'absorption de vin ou de café. L'état général était absolument intact.

Il y a 10 mois les paupières inférieures d'abord, puis les supérieures augmentent de volume, sans démangeaison.

Le lobe de l'oreille gauche se prend à son tour, et les lésions des joues continuent aussi lentement leur évolution.

Le malade entre à l'hôpital le 14 mai 1907, sans aucun trouble de l'état général, se plaignant seulement des déformations de la face.

Sur la figure, on constate des lésions occupant symétriquement les paupières des deux côtés et asymétriquement la joue gauche.

Sur les paupières la maladie se caractérise par une tuméfaction considérable de la dimension d'une demi-noix, la peau y a conservé son aspect normal, sauf peut-être un peu de rougeur et un aspect mamelonné; cet aspect, très net à la paupière supérieure, l'est beaucoup moins aux paupières inférieures uniformément distendues comme de petites vessies œdémateuses.

Le palper de la paupière supérieure montre que l'aspect mamelonné répond à la lobulation d'une tumeur sous-jacente qui dans une partie de son étendue est indépendante de la peau, à la face profonde de laquelle elle adhère par places.

À la paupière supérieure droite les adhérences sont minimales et la peau peu intéressée.

À la paupière supérieure gauche l'adhérence est très étendue et la peau semble envahie dans toute son épaisseur.

Aux deux paupières inférieures, même sensation lobulée au palper, adhérences nulles à la face profonde de la peau, mais celle-ci présente çà et là

de petits épaississements gros comme des grains de chènevis qui montrent sa participation à la maladie.

Sur la joue gauche trois placards, deux gros comme une pièce de 2 francs, l'autre comme une pièce de 50 centimes, formant une saillie de plusieurs millimètres, lobulée à la vue et au toucher, développée manifestement dans l'épaisseur de la peau légèrement rouge et parcourue à ce niveau par des



FIG. 1.

varicosités nombreuses surmontées de nombreux comédons et de points de milium.

Dans la profondeur de la joue droite, également couverte de comédons et de quelques arborisations vasculaires, on sent une infiltration profonde, vestige probable de lésions analogues à celles de la joue gauche et qui, au dire du malade, auraient disparu.

Rien sur l'oreille droite.

Aux deux pôles de l'oreille gauche, sur le lobule et la partie la plus élevée de l'hélix, existe une saillie violacée, infiltrée, comme semi-transparente, sans lobulation précise mais parcourue comme les précédentes par de nom-

breux capillaires veineux et surmontée comme elle de milium et de comédons. Ces deux saillies occupent la peau dans toute son épaisseur, celle du haut n'a aucune adhérence avec l'hélix.

Pas d'induration ganglionnaire.

Rien d'appréciable du côté de la muqueuse buccale, sauf des glandes de Fordyce très développées.

Sur le reste de la peau qui est séborrhéique, de nombreuses ébauches de verrues séniles.

Au niveau du grand trochanter gauche il existe un petit placard cutané



FIG. 2.

(dimension d'une pièce d'un franc) caractérisé par une saillie lenticulaire centrale entourée de petites saillies satellites paraissant avoir quelque affinité avec l'affection du visage et siégeant manifestement dans les glandes pilo-sébacées.

Rien au cœur ni aux poumons.

Foie normal.

Albumine et sucre = 0.

En présence de cette lésion, nous avons supposé tout d'abord, en raison des comédons et du milium, qu'il s'agissait d'adénomes d'origine sébacée, et pour éclaircir nos doutes nous avons eu recours à une biopsie. Celle-ci a montré que les tumeurs étaient constituées non par des adénomes, mais par des lymphomes purs développés dans le réseau lymphatique, autour de tous les éléments nobles des tissus noyés en quelque sorte dans l'infiltration néoplasique sans être

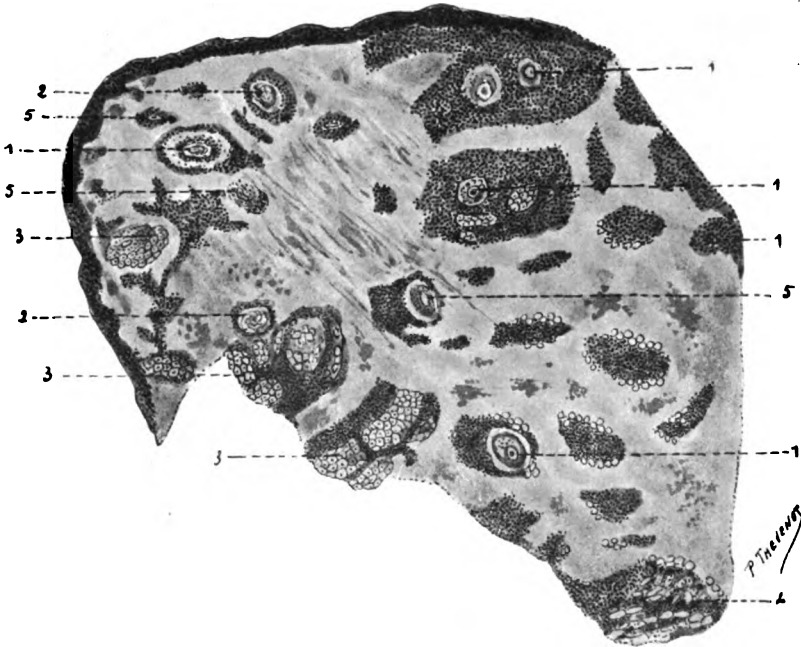


FIG. 3. — Vue d'ensemble de la coupe d'un nodule superficiel. Toutes les parties foncées correspondent à des nodules de lymphomes soit isolés, soit situés autour des folliculites pileux, glandes sébacées, glandes sudoripares et vaisseaux. — 1. Follicules pileux et poils. — 2. Follicules pileux dilatés avec débris épithéliaux et hyperkératose. — 3. Glandes sébacées entourées de lymphomes. — 4. Glandes sudoripares. — 5. Vaisseaux.

atteints par elle. Cette constatation faisant songer à une forme cutanée de leucémie, nous avons recherché avec soin, s'il existait quelque signe de cette maladie et nous n'en avons trouvé aucun. Le foie, la rate, les amygdales et les ganglions sont absolument normaux. De même pour le sang. La numération des globules, plusieurs fois répétée, a donné comme moyenne : globules rouges, 4 500 000; globules blancs, 6 000. Le rapport globulaire des leucocytes a donné : polynucléaires, 70 p. 100; lymphocytes, 28 p. 100; éosinophiles, 2 p. 100.

Nous sommes donc obligés de conclure à des lymphomes sans leucémie. Peut-être cette conclusion n'est-elle que provisoire, et la leu-

cémie qui fait actuellement défaut se produira-t-elle plus tard. Cependant les cas connus de tumeurs leucémiques de la peau n'ont plus présenté cette évolution et nous devons faire observer que la maladie est déjà ancienne puisque son début remonte à 14 mois.

Ci-joint la note de M. Gastou, qui a bien voulu faire l'examen histologique de deux fragments prélevés par excision chirurgicale.

« Dans les coupes de ces nodules, de nombreuses glandes sébacées, des poils avec leur gaine folliculaire normale, des follicules vides de poils et très distendus. Mais ce qui frappe aussitôt à l'examen, c'est l'existence soit autour, soit en dehors de ces éléments, de masses cel-

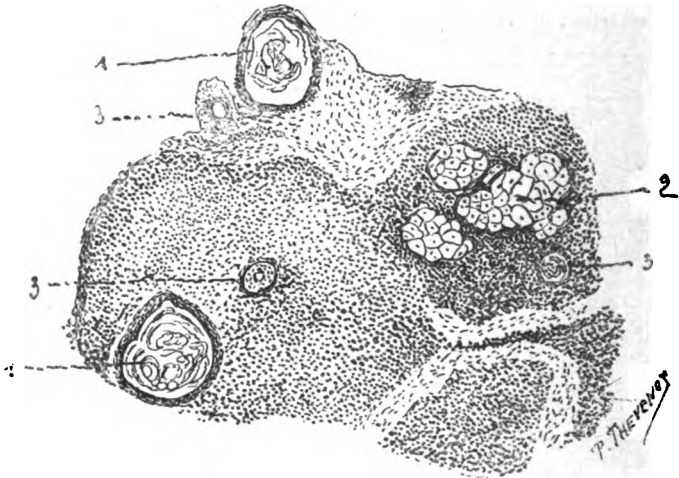


FIG. 4. — Détail d'un nodule de lymphome engainant les follicules, les glandes. 1. Follicules dilatés avec débris. — 2. Glande sébacée. — 3. Poil.

lulaires formant tantôt des gaines autour des glandes, des follicules, des vaisseaux, tantôt des nodules arrondis, ovalaires complètement isolés.

Les glandes sébacées et sudoripares sont normales. On ne trouve pas d'altérations vasculaires marquées, seuls les follicules pileux sont distendus par places, forment comme des cavités cylindriques remplies de lamelles kératinisées.

Autour de ces organes, leur formant des manchons, ou en dehors d'eux sont les nodules.

Ceux-ci ont tous la même constitution. Ils sont nettement limités, ils sont formés de cellules du type lymphoïde très tassées, se touchant sans interposition nette de travées conjonctives ou de tissu réticulé.

Les vaisseaux au milieu de ces amas ont leurs parois très nettes. Quelques-uns de ces vaisseaux sont dilatés et ont autour d'eux une mince enveloppe formée de cellules lymphoïdes.

En recherchant quelle peut être l'origine de ces amas de cellules lymphoïdes, on est frappé de ce fait qu'ils forment des gaines à tous les éléments contenus dans la peau : glandes, poils, vaisseaux.

Si, d'autre part, on étudie le caractère des amas isolés, on note qu'ils correspondent nettement aux lymphatiques cutanés.

Il s'agit donc bien d'une lésion des gaines lymphatiques périglandulaires et vasculaires et des lacunes et vaisseaux lymphatiques de la peau.

De quelle nature est cette lésion? La structure même des amas fait voir qu'il ne s'agit ni de tuberculose, ni de syphilis, ni de cancer.

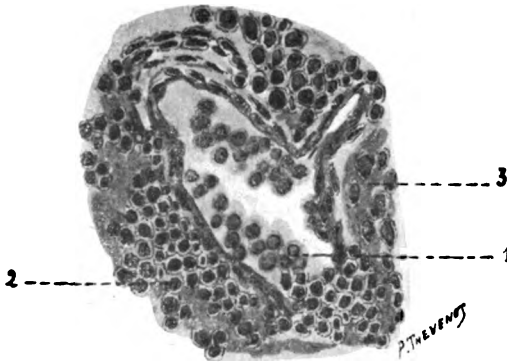


FIG. 5. — Détail d'un fort grossissement (ocul. 3. — Immers. 1/12. — Leitz), d'un vaisseau entouré de tissu lymphomateux. (Détail d'un vaisseau de la fig. 1.)

1. Contenu du vaisseau : on voit les noyaux des cellules de l'endothélium, dont quelques-uns ont proliféré. — 2. Cellules lymphoïdes caractérisant les lymphomes contenus ici dans la gaine lymphatique périvasculaire. — 3. Cellules conjonctives.

L'existence des cellules purement lymphoïdes limite le diagnostic entre sarcome, mycosis ou lymphomes.

Contre le sarcome il y a l'aspect et le groupement même des cellules, l'intégrité des vaisseaux.

Contre le mycosis, l'absence d'autres lésions cellulaires et de réticulum.

Pour le lymphome, plaident, d'une part la structure, d'autre part la localisation dans les gaines et dans les vaisseaux lymphatiques.

Quelle est l'origine de ce lymphome? Vraisemblablement, il vient de la profondeur, car les lésions sont prédominantes dans les lymphatiques profonds et d'autant plus marquées que profondes.

Il s'agirait d'un cas de lymphomes, de néoplasies lymphatiques généralisées analogues aux cas de fibromes, de sarcomes, de tumeurs sous-cutanées généralisées. »

Note sur quelques cas de pellagre observés à Alger.

Par M. J. BRAULT.

Tous les ans, au printemps, nous voyons venir dans notre service 2 ou 3 cas d'une affection très semblable à la maladie que l'on décrit sous le nom de pellagre.

Pour ne rappeler que ce qui s'est passé au cours de ces deux dernières années, nous avons eu l'an dernier un cas chez un indigène et un autre cas chez une mendiante d'âge déjà mûr; les deux sujets ont guéri, tout au moins momentanément.

Cette année, nous avons été moins favorisé; jusqu'à présent nous comptons 3 cas, qui tous les 3 se sont terminés par la mort: il s'agissait d'un indigène et de deux femmes espagnoles.

Voici ces 3 dernières observations, aussi résumées que possible. Je ne donne d'ailleurs ici que le résumé de l'étude clinique, je me réserve de revenir sur l'anatomie pathologique, lorsque j'aurai examiné les pièces prélevées aux autopsies des malades des observations II et III.

OBSERVATION I. — S... Ursule, âgée de 44 ans, née en Espagne, habite l'Algérie depuis 2 ans (Hussein-Dey); elle entre dans le service, salle Leloir, n° 18, le 17 mars 1907. Cette personne n'a jamais fait de maladie grave et n'a rien présenté d'analogue à ce qu'elle nous montre actuellement; elle est mère de 7 enfants, dont 5 vivants. En Espagne, *autrefois, elle mangeait 6 mois de l'année de la farine de maïs; depuis 2 ans qu'elle est ici, elle n'en mange plus*; la nourriture de la famille se compose surtout de pommes de terre, choux, poissons, et rarement de viande, très peu de pois chiches, ou d'arachides, elle mange du pain de froment.

A partir de décembre 1906, la malade perdit l'appétit et se montra déprimée. A la fin de février 1907, les accidents éclatèrent, la bouche devint sèche, empâtée, en même temps l'érythème se *présenta à la vulve*. Le 5 mars, après exposition un peu prolongée au soleil, survinrent de la diarrhée, des vomissements; en même temps l'érythème, surtout la nuit, apparaissait sur les mains, d'abord indolent, puis cuisant, prurigineux et phlycténulaire.

Au moment de l'entrée, l'érythème, exulcéré par places, est d'un rouge foncé, d'une teinte tout à fait spéciale, il s'arrête aux premières phalanges; cependant à la main gauche, sur le pouce et l'index, toute la peau dorsale est prise jusqu'à l'extrémité des doigts. (voir la photographie fig. 1) et il est impossible d'avoir par ailleurs des renseignements très précis sur son alimentation. Elle entre très abattue; la température oscille entre 38°,5 et 39°; il y a des frissons, du vertige, du délire surtout nocturne; trémulation très accentuée des mains et de la langue. L'examen des viscères ne révèle rien; traces d'albumine. En outre des lésions cutanées, sur lesquelles je ne veux pas revenir (voir photographie ci-jointe), il y a des lésions très étendues sur les lèvres, la langue, la voûte palatine et le pharynx qu'on ne peut examiner que très difficilement, en raison d'un certain degré de trismus qui va en s'accroissant; toutes ces parties sont recouvertes d'exulcérations et d'un enduit crémeux, la déglutition est très douloureuse et presque impossible; il y a de la diarrhée profuse et des vomissements.

Au poignet, il y a un bracelet complet; en outre, sur le dos de l'avant-bras les lésions remontent jusqu'à 4 travers de doigt au-dessus de l'apophyse styloïde du radius; l'odeur qui s'échappe des parties ulcérées est fade et nauséuse. En même temps, la malade présente aux angles internes des deux yeux de l'érythème également exulcéré; à gauche, la paupière supérieure est d'un rouge foncé dans toute son étendue et il y a un peu de conjonctivite.



FIG. 1.

Les lèvres sont exulcérées et fissuriques, la langue est rouge vif, dépouillée, il y a également des exulcérations au palais; la malade souffre, ouvre difficilement la bouche et avale avec peine, même les liquides.

Les grandes lèvres légèrement oedématisées sont le siège d'érythème également exulcéré; l'examen des viscères ne révèle rien, le foie est plutôt petit.

L'état général est très précaire, la malade, asthénique, se laisse aller et se tient difficilement debout; la température oscille aux alentours de 38°.

Délire nocturne, vomissements bilieux, diarrhée profuse, soif ardente, urines rares, ni albumine, ni sucre; malgré le sérum caféiné, l'anurie arrive et la malade meurt dans la nuit du 1^{er} au 2 avril; la famille enlève le corps et l'autopsie ne peut être pratiquée.

OBS. II. — M. ben Ali, 43 ans, né à Alger et y demeurant, entre salle-Hardy, n° 5, le 20 mars 1907. Cet homme, qui a un passé éthylique avéré, a été souvent malade, mais c'est la première fois qu'il présente des accidents analogues.

Il y a quelques semaines, il a ressenti des douleurs dans les jambes, de-



FIG. 2.

la céphalée et a éprouvé du vertige, en même temps qu'un érythème large apparaissait sur le dos de ses mains et de ses poignets. Cet érythème est survenu ensuite à la base du cou, sur le devant de la poitrine, à la ceinture, aux aines et aux aisselles.

L'éruption, qui a le même coloris que chez la malade précédente, est plus pemphigoiide dans tous les points atteints (1), les plaies ont d'ailleurs

(1) Il ne saurait cependant s'agir de pemphigus ; presque en même temps, nous avions dans le service un pemphigus chronique qui a fini par succomber, et nos élèves ont pu faire la différence ; je ne puis insister.

la même odeur que chez la malade de l'observation I. C'est dans cet état que le malade se présente à nous, et dit n'avoir pas mangé de maïs, il vit dans un café maure. Malgré les topiques, malgré le traitement général, la cachexie s'accroît et le malade succombe le 12 avril 1907.

Autopsie. — Je n'ai pu assister à cette autopsie qui a été très incomplète; on a relevé des adhérences de la plèvre des deux côtés, quelques tubercules sur le poumon droit; il y a également des adhérences de l'épiploon, le foie est friable, les reins sont très pâles, se décortiquent difficilement, le gauche est lobulé, les autres viscères paraissent sains; des prélèvements ont été faits sur les divers organes et nous les examinerons.

OBS. III. — La troisième observation a trait à une jeune femme espagnole qui n'avait eu aucune maladie antérieure grave et qui, d'après la famille, n'aurait pas mangé non plus de maïs. Il y a 2 ans, après une fausse couche à 3 mois, elle présente de la stomatite et de l'érythème un peu bulleux sur les mains, convulsions, pâleur de la face, asthénie.

Il y a onze mois, nouvelle grossesse; elle va en Espagne durant 1 mois et demi et y fait une nouvelle fausse couche. Vingt jours après son retour en Algérie (1): diarrhée, stomatite, vulvite et érythème de la face dorsale des mains; la malade entre pour la première fois dans notre service. On constate à la vulve un érythème rouge vernissé, occupant les grandes lèvres; il y a un léger suintement, toujours même odeur et même coloris. La bouche présente une stomatite diffuse avec enduit crémeux (2), la langue est rouge, dépouillée. Nous ne revenons pas sur l'érythème des mains qui est typique; la malade ne présente pas de troubles digestifs très marqués, mais elle a par instant du délire, elle s'évade de l'hôpital.

Chez elle, depuis, l'état général n'a fait qu'empirer: amaigrissement, courbature, troubles digestifs, constipation d'abord, puis diarrhée.

Depuis 2 mois et demi, elle délire très souvent, il y a eu quelques petites crises épileptiformes, l'érythème s'est étendu, la déglutition est pénible, la salivation est abondante, mais elle a encore été aggravée par des pilules de protoiodure, ordonnées par un médecin consulté.

La malade rentre à nouveau salle Leloir, le 21 mai dernier. On constate un amaigrissement très prononcé, prostration, la malade est couchée en chien de fusil, mais elle n'a pas de signe de Kernig, les réflexes et les pupilles ne présentent rien d'anormal; hypothermie, délire continu, carphologie, trismus, diarrhée incoercible, anorexie, dysphagie. L'érythème de la face dorsale des mains, plus accentué sur le dos de ces dernières, descend cependant en s'atténuant jusqu'au bout des doigts. Au poignet la teinte rouge foncée de la rôtissure exulcérée par places, se termine par un liséré plus teinté encore (voir fig. 1); sur le devant des poignets, l'érythème forme bracelet et mesure environ 3 travers de doigt; la paume est intacte.

On remarque des placards de même teinte aux plis des coudes, des deux côtés; érythème moins marqué à la rotule droite, l'érythème de la vulve a presque disparu. Les parties exulcérées exhalent la même odeur fade et repoussante que chez les malades précédents.

(1) Au dire de l'entourage, elle n'aurait pas mangé de maïs, même durant ce voyage en Espagne.

(2) Nous n'avons pas trouvé de muguet.

SANG. — L'analyse a été faite par mon interne M. Jourdan. Globules rouges 4 553 000, hémoglobine 44 à l'hémoglobinimètre de Gowers, 26 divisions, soit 7,5 à l'hématoscope de Hénocque (1). Globules blancs : polynucléaires, 49 p. 100 ; grands mononucléaires, 6 ; lymphocytes, 11 ; moyens mononucléaires 10, mononucléaires avec noyau en fer à cheval 24 (2).

URINES. — Urée, 22 grammes au litre ; P² OS 1 gr. 55 ; rapport azoturique 70 p. 100 ; chlorures 4 grammes ; albumine : traces.

La malade, de plus en plus faible, s'éteint le 26 mai. L'autopsie a été faite un dimanche et je n'ai pu y assister, elle n'a pas non plus été aussi complète que je l'aurais voulu.

Crâne. — La dure-mère paraît trop grande pour son contenu, elle est comme plissée, macroscopiquement les méninges et les centres nerveux paraissent sains.

Thorax. — Adhérences pleurales des deux côtés, les poumons paraissent sains ; adhérences du péricarde à la face postérieure du cœur, ce dernier pèse 150 grammes, est petit, ferme, il n'y a pas de lésions orificielles.

Abdomen. — Diaphragme très aminci, foie 1040, gras, rate 160 grammes, consistance normale ; rein droit, 100 grammes, kystique, et présentant un petit abcès ; on trouve également des petits kystes dans le rein gauche, 105 grammes.

Intestin très dilaté ainsi que l'estomac, les parois de ces organes sont amincies, surtout au voisinage de la valvule iléo-cæcale. Capsules surrénales normales, pancréas également. Utérus très petit, annexes sains. Des pièces ont été prélevées et seront examinées ultérieurement.

Après la lecture de ces observations, on pourra peut-être garder quelques scrupules pour ranger catégoriquement ces cas dans la pellagre, et cela en raison de quelques divergences avec le tableau classique de cette maladie. Il me faut, en effet, signaler : 1^o la marche relativement aiguë de l'affection chez nos deux premiers malades, chez qui il ne semble pas y avoir eu d'atteinte antérieure ; 2^o l'absence du maïs dans l'alimentation des sujets ; 3^o la topographie de l'érythème, prenant la vulve de nos deux femmes et s'étendant plus que de coutume aux dernières phalanges des doigts ; 4^o l'aspect un peu pemphigofide des diverses lésions de notre indigène, lésions d'ailleurs très étendues. Malgré cela, cette affection avec salivation, avec lésions de la muqueuse buccale et des lèvres, diarrhée profuse, délire très marqué, mouvements convulsifs, trismus, avec la rôtissure si caractéristique du dos des mains, ne peut guère être étiquetée sous une autre rubrique que celle de pellagre et je ne vois aucune autre affection qui puisse s'en rapprocher à un tel degré.

(1) Soit environ la moitié moins que dans le sang normal.

(2) En raison de leur nombre très considérable, je cite ces derniers à part.

Le Secrétaire,

M. DRUELLE.

Le Gérant : PIERRE AUGEN.

SÉANCE DU 4 JUILLET 1907

Présidence de M. Alfred Fournier.

SOMMAIRE. — Correspondance. — Note de M. BRAULT à propos du procès-verbal de la séance du 6 juin. — Deuxième note sur un cas de mycosis bulleux, variété rare, par MM. HALLOPEAU, GASTOU et RAILLIET. — Trophonévrose à forme de plaques atrophiques et scléreuses cutanées, avec dyschromies et dispositions zoniformes et métamériques, chez une fillette de 6 ans, par MM. GASTOU et L. LEGENDRE. (Discussion : MM. HALLOPEAU, A. FOURNIER, VERCHÈRE.) — Hérédosyphilis tardive chez un sujet ne présentant pas d'altérations du système dentaire, par MM. DANLOS et BLANC. (Discussion : M. A. FOURNIER.) — Perforation palatine syphilitique ; palatoplastie, par M. MORESTIN. (Discussion : MM. BALZER, GAUCHER, A. FOURNIER, DE BEURMANN, LENGLET, MORESTIN.) — Syphilides tuberculeuses zoniformes avec cicatrices atrophiques, par MM. BALZER et GALUP. (Discussion : M. A. FOURNIER.) — Syphilome en cuirasse datant de 19 ans, développé sur un eczéma séborrhéique présternal, par MM. GASTOU et L. LEGENDRE. — Cas de lèpre et de syphilis améliorés par l'anilarsinate de soude, par MM. HALLOPEAU et RAILLIET. (Discussion : MM. BALZER, LENGLET, LAFAY, E. FOURNIER, EUDLITZ, A. FOURNIER, A. RENAULT, GAUCHER, LÉVY-BING, DE BEURMANN, HALLOPEAU.) — Un cas de lupus pernio symétrique des extrémités, par MM. DANLOS et BLANC. — Un cas de lupus érythémateux et eau radifère, par MM. WICKHAM et DEGRAIS. — Lupus érythémateux primitif de la muqueuse de la lèvre inférieure, par MM. BALZER et GALUP. — Chancre mixte et blennorrhagie de la région ano-rectale, par MM. BALZER et GALUP. (Discussion : M. A. FOURNIER.) — Dégénérescence kystique régionale des glandes sébacées, par MM. BALZER et GALUP. — Tuberculose linguale, par M. MORESTIN. — Rhinophyma traité par l'abrasion modelante, par M. MORESTIN. (Discussion : M. GAUCHER.) — Cancer de la verge, par M. MORESTIN. — Sur la présence de corpuscules très fins et leur action pathogène dans le molluscum contagiosum de l'homme, par MM. GASTOU et LIPSCHUTZ. — Note sur le diagnostic des blastomycoses ; nécessité des cultures pour le diagnostic des mycoses cutanées, par MM. GASTOU et BOGOLPOFF. — Commission de l'huile grise.

Correspondance.

Lettre de M. le docteur Grimbert informant le Président de la Société que la formule de l'huile grise, telle qu'elle figurera au prochain Codex, est fixée de telle sorte que *un centimètre cube* d'huile correspond à *quarante-deux centigrammes* de mercure.

Note de M. Brault à propos du procès-verbal de la séance du 6 juin 1907.

Dans le compte rendu de la séance du 6 juin dernier, que je

reçois aujourd'hui même, il existe une transposition dans mon exposé (*Note sur quelques cas de pellagre*), page 342, à partir des mots «... et il est impossible, jusqu'à la fin de l'alinéa, les phénomènes relatés appartiennent à l'observation II, et doivent prendre place page 345, après les mots... dans un café maure ». En outre, dans l'alinéa à transposer, lire : *il entre très abattu*, au lieu de *elle entre très abattue* ».

Deuxième note sur un cas de mycosis bulleux, variété rare.

Par MM. HALLOPEAU, GASTOU et RAILLIET.

Nous avons présenté ce malade dans la dernière séance comme un cas de diagnostic douteux entre un pemphigus végétant et un mycosis, en nous reportant, pour juger la question, aux résultats de l'examen histologique d'une biopsie. Pratiqué par M. Gastou, cet examen a donné les résultats suivants :

L'examen histologique a porté sur un des éléments du dos d'apparence néoplasique et végétante.

Deux faits frappent immédiatement :

1° Les altérations très marquées de l'épiderme :

2° Les lésions toutes spéciales du derme.

Trois ordres d'altérations existent dans l'épiderme :

Un épaissement considérable de la couche cornée qui est lamelleuse et feuilletée avec clivages étendus ;

La présence de petites et grandes cavités intra-épidermiques remplies de sang ou de fibrine ;

L'atrophie en masse avec décollement partiel et par places seulement de l'épiderme.

L'épaississement de la couche cornée s'accompagne de la disparition de la couche granuleuse. Les cellules cornées sont toutes à noyaux. Elles s'étagent en 6 à 8 couches lamelleuses parallèles, séparées en certains points par des fentes de clivages remplies de globules rouges.

Dans les couches inférieures les noyaux sont ovales, dans les couches les plus externes les noyaux sont aplatis et allongés. Il existe donc une parakératose très accentuée.

La plupart des cavités sont entre les lamelles cornées, dans ce cas elles ont de petites dimensions et sont allongées dans le sens des lamelles.

Mais en dehors d'elles il existe par places des cavités formées par le soulèvement en masse de toute la couche cornée et même de l'épiderme entier.

Les cavités sont alors limitées en haut par les prolongements épidermiques interpapillaires, en bas par le tissu dermique des papilles.

Les cavités sont ou bien entièrement remplies par des globules rouges, ou bien sont comblées par de la fibrine granuleuse, des lymphocytes et des leucocytes mono nucléaires.

Il s'agit donc de véritables productions bulleuses intra-épidermiques,

quelques-unes de ces bulles ayant une tendance à une transformation pyogène, d'autres étant hémorragiques.

Les couches épidermiques sous-jacentes aux lamelles cornées sont peu

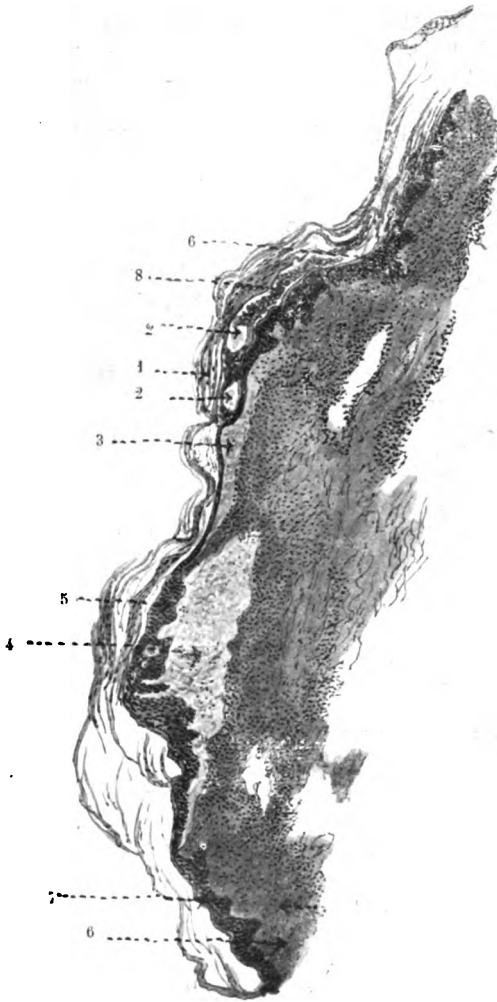


FIG. 1. — 1, Lamelles cornées avec noyaux allongés des cellules (lésions de parakératose). — 2, Petites bulles hémorragiques. — 3, Grosse bulle hémorragique sous-épidermique. — 4, Bulle sous-épidermique remplie de fibrine granuleuse et de cellules. — 5, Épiderme décollé. — 6, Épiderme atrophie. — 7, Infiltration cellulaire (dont le détail est figure 2). — 8, Bulle hémorragique intra-épidermique.

développées. Il n'y a pas d'acanthose, ni d'hyperacanthose. On note dans la couche des cellules épineuses, la présence de petites cavités bulleuses hémorragiques ou pyogènes. Par places, en ce même point, une tendance à la transformation spongieuse. Lorsque l'épiderme est soulevé

en entier pour former des bulles, l'extrémité des cellules cylindriques du corps muqueux est en contact avec la fibrine ou les globules rouges.

La région papillaire et le derme présentent une infiltration totale par des cellules répondant à deux types principaux : de gros leucocytes mononucléaires, des lymphocytes, cellules comprises entre des travées conjonctives à noyaux allongés.

Les cellules à type leucocytaire sont les plus nombreuses, elles sont disséminées dans toutes les coupes, assez irrégulièrement, sans systématisation, ne formant pas d'amas régulier. Ces cellules sont très volumineuses,



FIG. 2. — 1, Gros leucocyte plasmazellen. — 2, Lymphocyte. — 3, Noyau des cellules du tissu conjonctif. — 4, Gros faisceau conjonctif formant de grosses travées réticulaires.

à noyau très coloré et périphérique. Elles ont tous les caractères d'aspect et de coloration des plasmazellen.

Les cellules du type lymphocyte n'offrent pas de caractères particuliers, elles sont moins nombreuses que les précédentes.

Les travées conjonctives ont un aspect spécial, elles forment de larges bandes et sur ces bandes s'étalent des noyaux allongés.

Il n'y a pas de réticulum fin net, mais l'ensemble des travées conjonctives forme en réalité un réticulum à mailles épaisses, si bien qu'à l'examen les plasmazellen, les lymphocytes, les noyaux allongés d'origine conjonctive font un enchevêtrement qui constitue un tissu extrêmement compact qui fait le fond de la préparation.

On ne note pas d'autres particularités, à part la présence de quelques mastzellen et éosinophiles.

Les vaisseaux ont leurs parois hypertrophiées, les coupes ne montrent pas d'éléments glandulaires.

De par l'ensemble des lésions constatées et surtout de par le caractère des lésions cellulaires, il n'est pas douteux qu'il ne s'agisse d'un mycosis, mais ce mycosis présente des manifestations bulleuses tout

à fait particulières qui expliquent et justifient les hésitations cliniques. Cette forme bulleuse de mycosis n'a été que rarement signalée et elle n'avait pas encore été reconnue dans sa forme larvée ni étudiée dans ses caractères histologiques.

Notre malade présente en outre comme particularités nouvelles et anormales ce fait que le prurit, contrairement à la règle, y a été pendant longtemps presque nul et qu'il s'est produit une alopecie presque totale du cuir chevelu et du visage.

L'on peut constater que l'état du malade s'est notablement amélioré depuis la dernière séance. Il a été traité à l'intérieur par l'anilarsinate de soude et il a été soumis quotidiennement, depuis le 12 juin, à des séances de radiothérapie, de 5 à 8 minutes de durée.

Aujourd'hui, le tronc est presque partout décapé, ainsi qu'une partie de la face ; les croûtes ont presque entièrement disparu ; le suintement est tari ; aux avant-bras et aux membres inférieurs le progrès est moins manifeste.

Par contre, la tendance végétante s'accroît.

Depuis le début du traitement radiothérapique, le prurit s'accroît, surtout par la chaleur du lit.

D'après les observations antérieures, c'est vraisemblablement au traitement par les rayons X qu'est due l'amélioration.

Trophonévrose à forme de plaques atrophiques et scléreuses cutanées avec dyschromies et dispositions zoniformes et métamériques, chez une fillette de 6 ans.

Par MM. GASTOU et L. LEGENDRE.

Le chapitre des Trophonévroses cutanées comprend toute une série de lésions de la peau qui se rattachent à la fois à des altérations vasculaires et nerveuses centrales ou périphériques. La plupart de ces trophonévroses — ainsi dénommées par ignorance de leur origine — se traduisent par des atrophies ou dystrophies portant sur tous les éléments des téguments, quelquefois même s'accompagnant de troubles ou arrêts de développement des muscles et du squelette et constituant alors de véritables dystrophies dont la nature et l'origine échappent.

C'est un cas de ce genre que l'un de nous (Legendre) a eu l'occasion d'observer à Rouen et que nous présentons à la Société. En voici l'observation clinique :

Antécédents héréditaires. — Grand'mère, 74 ans, vit encore, bien portante ; grand-père décédé à l'âge de 71 ans, bronchiteux.

Père, 39 ans, marié en secondes noces ; première femme morte tuberculeuse ; le père a une fistule anale probablement de nature tuberculeuse, opérée à l'Hôtel-Dieu par M. Bataille (il y a 4 ans).

La mère dit avoir marché tardivement, à 16 mois; a fait une pleurésie à l'âge de 8 ans. Au moment des règles, tout à fait irrégulières et plus ou moins abondantes, la mère ressent une vive douleur et un engourdissement dans le *membre inférieur gauche* depuis la hanche jusqu'à mi-jambe, douleur siégeant sur le trajet du nerf sciatique et durant 24 heures.

La mère accuse une *surdité* de l'oreille gauche depuis sa naissance.

Un peu d'asymétrie faciale : dents mal rangées.

Son accouchement s'est fait prématurément au huitième mois. La mère a eu quelques ennuis et un choc moral brusque.

Les parents, très intelligents, n'ont jamais eu de maladies sérieuses, n'ont pas fait d'abus d'alcool ni de café.

Antécédents de la petite fille. — Au moment de la naissance, 2 taches rouges à la nuque et au front (nævi). Bel enfant jusqu'à l'âge de 3 ans. Aucune éruption cutanée.

L'enfant est élevée à la Goutte de lait depuis l'âge de 6 mois jusqu'à l'âge de 16 mois.

Très craintive, très agitée pendant le sommeil, l'enfant n'a marché qu'à l'âge de 18 mois.

Sa première dent à 14 mois.

Histoire clinique. — Vers l'âge de 3 ans, la mère, en déshabillant sa fille, aperçoit un jour une tache noirâtre à la région abdominale gauche. Cette tache, survenue en 24 heures, paraissait indurée, luisante. En la prenant entre les doigts, on formait un pli de la peau, stable, reprenant difficilement son état tendu. Les dimensions de cette tache étaient de 10 centimètres de longueur sur 5 centimètres de largeur.

Cette plaque était survenue à la suite d'un léger traumatisme, en moins de 24 heures. Un médecin consulté rassure la mère, lui ordonne une pommade à l'oxyde de zinc en lui disant que ce n'est rien qu'un *simple coup*. La mère n'y fait plus attention pendant 1 mois, 6 semaines.

Trois ou 4 mois après, le père prend l'enfant et maladroitement la laisse tomber sur une boîte en bois; 2 ou 3 jours après, à l'endroit traumatisé, c'est-à-dire sur le haut de la cuisse gauche, apparaît une seconde tache noirâtre, à peu près de la même dimension que la première. Les parents sont complètement rassurés et continuent la pommade, persuadés que c'était une pigmentation provenant d'un coup diagnostiqué par le médecin.

Mais, quelques jours après, la première plaque fait tache d'huile et rejoint la deuxième en formant un grand placard. Puis la deuxième tache suit le nerf de la jambe (expression de la mère) jusqu'à l'extrémité du pied, qui porte, sur la région du cou-de-pied, l'empreinte en noir du lacet du soulier.

Ce placard allongé, d'abord large de 2 doigts, s'est agrandi de manière à faire le tour de la moitié de la cuisse et de la région poplitée.

Deux ans après, c'est-à-dire vers l'âge de 5 ans, apparaît au côté *gauche* des 2 premières vertèbres cervicales un autre placard brunâtre, ovale, de la dimension de 10 centimètres de longueur sur 3 de largeur; puis un autre à la région lombaire gauche qui bientôt rejoint celui de la région abdominale.

Plusieurs médecins sont consultés; les uns pensent à une lésion banale, d'autres à une vaste brûlure, certains à une atrophie quelconque.

On donne à l'enfant des sirops dépuratifs, et on fait du massage avec la pommade à l'oxyde de zinc.

La mère, ne voyant aucune amélioration, mais au contraire de l'amaigrissement et de la diminution de volume de la jambe gauche, vient me consulter le 20 juin de cette année.

La petite fille qui m'est présentée paraît très intelligente et de taille ordinaire pour son âge. Le facies est blafard et adénoïdien. La bouche est demi-ouverte, le nez large, épaté. En faisant ouvrir la bouche, on constate un palais profond ogival. Les amygdales sont très grosses.

L'index pénétrant dans le cavum est arrêté par une masse de consistance demi-molle.

Depuis 2 ans, l'enfant tient la bouche ouverte, ronfle en dormant, se plaint par moment de douleurs et de bourdonnements de l'oreille *gauche*. A l'angle de la mâchoire, les ganglions sont tellement tuméfiés que l'on croit aux oreillons : on renvoie l'enfant de l'école.

Après déshabillage complet, en faisant marcher la petite fille, on s'aperçoit qu'elle s'avance en *fauchant*. A la région lombaire, principalement du côté gauche, existe une dépression, une cambrure ou ensellure avec abaissement de la fesse gauche.

La petite fille présente une légère claudication. La jambe est raide et comme ankylosée au genou.

Le membre inférieur gauche paraît *de visu* moins gros que le membre inférieur droit.

Dans le décubitus dorsal, pas d'ensellure. La transmission des mouvements du membre au bassin ne se fait pas. L'ép ne iliaque reste bien en place.

Dimensions : le membre inférieur gauche, de l'épine iliaque antérieure à la malléole interne, mesure 33 centimètres de longueur;

Le membre inférieur droit mesure 36 centimètres;

La portion lombo-abdominale mesure : côté gauche, 25 centimètres; côté droit, 28 centimètres;

Au pli fessier, la circonférence de la cuisse gauche mesure 25 centimètres; celle de la cuisse droite, 28 centimètres; le mollet gauche a 18 centimètres de contour; le mollet droit a 22 centimètres.

Au cou-de-pied gauche, 14 centimètres de contour; au cou-de-pied droit, 15 centimètres.

A l'inspection de la peau, on constate à la nuque (côté latéral *gauche* des première et deuxième apophyses épineuses) un placard ovale, d'une dimension de 6 centimètres de longueur sur 2 de largeur. Sa couleur est chamois sur les trois quarts de la partie centrale, l'autre quart est nettement cicatriciel. Les bords sont brunâtres, irréguliers. La partie centrale est comme déprimée.

A la surface, la peau est amincie, finement plissée, et son épaisseur ne dépasse pas celle d'une feuille de parchemin.

Un peu plus bas, à la région dorsale, toujours à gauche des sixième et septième apophyses, existe une petite tache d'un blanc nacré, en forme de coin, et ressemblant, sauf le contour lilas, à une petite plaque de morphée. A la piqure d'épingle, insensibilité au niveau de cette plaque.

Signalons, en passant, de l'hypertrichose à la région dorsale.

A la région lombaire se trouve une autre plaque à forme triangulaire, dont la base mesure 5 centimètres et la hauteur 11 centimètres. Ce placard est la continuation d'un autre placard situé sur la paroi abdominale. Ce placard est, comme celui de la nuque, déprimé sur les bords, paraissant nettement cicatriciel au centre, de couleur brunâtre. L'épiderme qui le recouvre paraît finement plissé et de l'épaisseur d'une feuille de papier à cigarette.

Un autre placard au pli fessier gauche, se continuant au périnée et gagnant le bord inférieur de la grande lèvre gauche.

Un autre petit placard à la malléole externe, côté gauche, et gagnant la région pédieuse. Même coloration, même plissé tégumentaire, même dépression, même insensibilité.

En avant, le placard que présente la petite malade est très étendu. La base est formée par une ligne oblique allant de la région lombaire à 2 centimètres de l'ombilic; elle occupe largement la région abdominale gauche, sillonnant le bord interne et externe de la cuisse, la partie latérale du genou et le creux poplité, la partie antérieure de la jambe, et se termine aux orteils. Sa forme est un immense triangle. Les bords en sont irrégulièrement découpés et forment de larges nappes dont la coloration va du rouge brun à la couleur chamois. Autour de la plaque, un étroit liséré brunâtre plus foncé que la partie centrale. La plaque est déprimée au-dessous des parties adjacentes. La coloration de cet immense placard est tantôt brunâtre, tantôt couleur chamois. A certains endroits il est parsemé de taches blanches et de taches noires, ce qui lui donne un aspect bigarré ou zébré. Au toucher, surtout à la cuisse, on le sent comme mamelonné, le tissu adipeux n'étant pas tout à fait disparu. A la partie antérieure de la jambe, au cou-de-pied et à la région de la pédieuse, le placard paraît nettement cicatriciel et l'épiderme est comme collé aux parties sous-jacentes et ressemble à une sclérodermie. Au contraire, à la région abdominale, la peau y est amincie, ridée, mollasse, tremblotante, formant des plis irréguliers très fins, et sans trace de desquamation. Elle paraît comme transparente et se plisse finement comme du papier à cigarette froissé. A certains endroits, à la cuisse par exemple, le tégument a perdu toute élasticité. Il ne revient que lentement sur lui-même lorsqu'on l'a plissé. Les muscles lisses de la peau sont profondément altérés.

Chose bizarre, çà et là, sur tout le corps et même sur les plaques, il y a de temps en temps des éléments urticariens, espèces d'élévures au sommet desquelles se voit nettement une petite vésicule. Piqûres de punaises (la mère est négative à ce sujet) ou bien réaction particulière de la peau. Lorsque la malade se gratte, des élevures urticariennes se forment; puis se produit une vésicule qui, excoriée, se transforme en une papule nécrotique laissant, après guérison, des macules atrophiques.

D'après cette observation, on voit que les placards se trouvent tous du côté gauche du corps, depuis bientôt 3 ans.

Le côté droit cependant paraît se prendre. On y voit en effet, deux placards développés depuis un mois seulement, l'un occupant le côté droit de l'abdomen à 2 centimètres du bord inférieur des dernières côtes. Ce placard

à la même physionomie que ceux du côté gauche. Dimensions : 10 centimètres de longueur et 9 centimètres de largeur. Forme ovale.

L'autre occupe toute la partie postérieure de la cuisse droite.

Cette observation paraît intéressante à plusieurs points de vue :

1° Par la formation de placards brunâtres, survenant à l'âge de 3 ans, d'abord à la suite de traumatismes légers, puis se produisant spontanément et s'étendant progressivement et rapidement en nappe et toujours du côté gauche.

2° Le placard du cou paraît suivre le grand nerf sous-occipital. Les placards lombo-abdominal et vulvaire paraissent être sous la dépendance des deux branches abdomino-génitales venant du plexus lombaire. Enfin le placard du membre inférieur gauche suit exactement le trajet du nerf sciatique et de ses deux branches : le sciatique poplité interne et le sciatique poplité externe.

3° On observe, chez cette malade, trois aspects différents de l'*atrophie cutanée* : 1° des plaques déprimées, finement plissées à la surface par la transparence de l'épiderme, occupant la région cervicale et la région lombo-abdomino-crurale ; 2° une sclérodermie, sans dépression, avec consistance augmentée, dure, comme si la peau était collée aux os, depuis le creux poplité jusqu'aux orteils ; 3° enfin à la région dorsale, à gauche des 6^e et 7^e apophyses, une petite tache en forme de coin, d'un blanc très nacré et ressemblant, sauf le contour lilas, à une petite plaque de morphee ; sur cette tache la peau est très adhérente.

Si nous résumons en quelques mots l'ensemble de l'observation, nous voyons que, chez une enfant née prématurément, à hérédité tuberculeuse vraisemblable, ayant présenté à la naissance un petit nævus et plus tard des végétations adénoïdes, ont débuté vers l'âge de 3 ans, à la suite d'un léger traumatisme, des lésions atrophiques de la peau d'aspect variable, débutant par des taches dyschromiques à la région abdominale, puis envahissant progressivement en 3 ans une partie de la jambe gauche, puis tardivement des régions disséminées du même côté et la face postérieure de la cuisse droite. Taches et placards s'accompagnant d'arrêt et retard du développement général, d'asymétrie de tout le côté gauche, d'atrophie du membre inférieur gauche, avec atrophie et sclérose de la peau et troubles de sensibilité partiels, les réflexes étant normaux.

De par leur début, leurs caractères, leurs associations symptomatiques, leur évolution, ces taches et placards cutanés ne se rapportent ni à la lèpre, ni au lupus érythémateux.

Il ne s'agit pas davantage de nævi ou de morphee. On ne peut dénommer non plus ces lésions, sclérodermie en plaques, quoiqu'elles s'en rapprochent par leur aspect général. La distribution zoniforme ou métamérique des placards d'atrophie et de sclérose, les troubles

de développement généraux et du membre, les font plutôt rentrer dans le groupe des trophonévroses à manifestations cutanées, véritables dystrophies congénitales, à localisation nerveuse ou vasculaire, dont l'origine peut être attribuée à une hérédité toxique ou infectieuse.

M. HALLOPEAU. — Je crois que cet enfant est atteint d'un *nævus* en bande, développé tardivement.

M. A. FOURNIER. — J'ai observé un *nævus* ayant une disposition tout à fait semblable, comme vous pouvez le constater sur le moulage que j'ai vous présente.

M. VERCHÈRE. — Je ferai remarquer que cette fillette présente une atrophie de tout le côté gauche du corps, ce qui indique un trouble du système nerveux cérébro-spinal.

Hérédo-syphilis tardive chez un sujet ne présentant pas d'altération du système dentaire.

Par MM. DANLOS et BLANC.

R..., Henri, âgé de 17 ans, entre salle Bichat le 4 juillet 1907. On ne possède pas de renseignements précis sur les maladies antérieures. La mère dit seulement être entrée autrefois à l'hôpital Saint-Louis avec son enfant âgé de 8 mois. On lui aurait alors conseillé de continuer l'allaitement elle-même, sans confier l'enfant à une nourrice; et on aurait de plus fait prendre à celui-ci, dans du lait, des gouttes qui auraient provoqué de la diarrhée (liqueur de Van Swieten probablement). Depuis lors, aucune manifestation nouvelle, pas de traitement.

La mère ignore être syphilitique, elle présente pourtant des cicatrices caractéristiques à la nuque et à la région préauriculaire gauche. Ces cicatrices seraient consécutives à des accidents survenus, les uns 2 ans avant la naissance du malade et les autres vers l'époque même de sa naissance. Elle sait de plus avoir été soumise au traitement mercuriel lors de la dernière éruption.

Il n'existe aucun renseignement sur l'état du père, mort depuis plusieurs années.

Deux enfants nés 2 ans et 4 ans après notre malade; ils sont, au dire de la mère, absolument indemnes de toute lésion spécifique.

Il y a 3 semaines environ, le malade s'est plaint d'un peu de douleur en avalant, et a constaté que parfois les aliments lui revenaient par le nez. Au bout de quelques jours, le rejet nasal des aliments a cessé; mais la douleur à la déglutition a continué, sans être jamais bien vive.

A l'examen, on constate que le sujet, sans être infantile, est incomplètement développé et de petite taille; néanmoins ses testicules ont à peu près le volume normal. La cornée de l'œil droit est enfumée

(kératite interstitielle), la vision est moins claire de ce côté. Aux deux commissures labiales existent des fissures cicatricielles linéaires disposées en éventail. Des traces de fissures anciennes se voient également à l'entrée des narines.

Le malade est un peu sourd des deux oreilles, sans qu'on puisse avoir de données précises sur le début de cette surdité.

La conformation crânienne est régulière; les dents sont bonnes et ne présentent absolument aucune altération spécifique. Pas de ganglions.

Au palais, on constate la destruction complète de la luette et des parties avoisinantes du voile par une ulcération gommeuse, à fond pseudo-membraneux, à bords rouges infiltrés dans une grande étendue. L'ulcération se prolonge des deux côtés sur les piliers postérieurs.

Cette lésion n'est pas douloureuse, sauf au moment de la déglutition; et, comme nous l'avons déjà dit, actuellement les aliments ne reviennent plus par le nez.

Le cœur, les poumons, etc., les urines, ne présentent rien de particulier.

L'apparence de la lésion palatine étant absolument caractéristique, et le malade ne présentant aucun signe commémoratif de syphilis acquise, le diagnostic de syphilis héréditaire tardive s'imposait. Il était du reste facilité par les constatations rétrospectives sur la mère (cicatrices à la nuque), les recommandations qu'on lui avait faites à la naissance de son bébé et le traitement subi par celui-ci. Il était confirmé de plus par la lésion cornéenne et les cicatrices commissurales. Nous ne savions, faute d'examen auriculaire, si la surdité partielle devait être rapportée à une lésion spécifique du labyrinthe. Pour éclaircir notre incertitude, nous avons fait examiner le malade à la clinique de Lariboisière. La note ci-contre semble plutôt de nature à faire incriminer des otites vulgaires.

« A l'examen des oreilles, on constate : à *droite*, une otite subaiguë avec perforation circulaire à la partie antérieure du tympan ; à *gauche*, une ancienne otite, avec perforation cicatrisée.

Rinne, des deux côtés.

Veber latéralisé à droite. »

Par contre, l'examen ophtalmoscopique a confirmé le diagnostic.

L'examen des yeux, pratiqué par le Dr Morax, révèle à droite des cicatrices cornéennes diffuses, vraisemblablement en rapport avec une kératite interstitielle ancienne. De plus, le malade est atteint d'une myopie forte bilatérale avec quelques lésions choris-rétiniennes cicatricielles. Ces différentes lésions paraissent relever de l'infection spécifique.

En résumé, syphilis héréditaire à manifestation tardive (17 ans) sous forme de gomme du voile palatin chez un sujet qui n'avait subi

de traitement que pendant la première enfance et chez lequel manquait le principal élément de la triade d'Hutchinson, l'altération des incisives.

M. A. FOURNIER. — J'attire l'attention sur un signe caractéristique de l'hérédosyphilis et que l'on peut observer chez ce malade. Ce sont des cicatrices radiées, convergentes, disposées en patte d'oie, qu'on observe sur les lèvres quand la bouche est fermée. Ces cicatrices sont dues à des syphilides qui apparaissent quelques semaines après la naissance.

Perforation palatine syphilitique; palatoplastie.

Par M. MORESTIN.

Quand les perforations palatines dues à la syphilis sont de petites ou de médiocres dimensions et médianes, ce qui est un cas assez fréquent, leur traitement est relativement simple et l'application du procédé classique d'uranoplastie à l'aide du double pont muco-périostique, selon Baizeau et Langenbeck, fournit des succès pour ainsi dire constants. Je vous en ai montré deux exemples dans la séance du 6 décembre 1906. Les conditions sont moins favorables quand la perforation est excentrique, d'autant moins qu'elle est plus en dehors, et la difficulté d'obtenir un bon résultat est bien entendu proportionnelle aux dimensions en largeur de la perte de substance. Le sujet que je vous présente aujourd'hui était atteint d'une perforation *latérale*, mettant en communication la bouche et la fosse nasale gauche. Comme elle n'était pas très large, j'ai pu la réparer sans trop de peine par la méthode ordinaire. La guérison a été obtenue en quelques jours et d'une manière parfaite.

Le malade, Victor M..., ferblantier, m'a été adressé le 4 juin par M. Gaucher. Il est entré le 7 dans mon service à la Maison Dubois; opéré le 8, il en est sorti guéri le 17.

Victor M... est âgé de 30 ans. Sa syphilis date de 3 ans; la perforation s'est produite il y a un an. Exactement ronde, elle est comparable en étendue à une de nos anciennes pièces de 20 centimes. Elle siège nettement à droite de la ligne médiane qu'elle affleure seulement par sa bordure interne. Elle répond au palais proprement dit et ouvre la fosse nasale droite. Une ligne passant par son extrémité antérieure rencontrerait la deuxième petite molaire supérieure; une ligne rasant son contour en arrière traverserait l'interstice de la première et de la deuxième grosse molaire.

Le 8 juin, je pratique l'uranoplastie, par le procédé habituel. En raison de la situation excentrique de la perforation, le lambeau du côté droit est bien moins large que l'autre, la différence entre les deux lambeaux étant représentée justement par la dimension transversale

de la perte de substance. J'ai soin de faire les incisions libératrices aussi en dehors que possible pour étoffer d'autant le lambeau droit. Après le décollement à la rugine et l'avivement des bords de la perforation, je ferme celle-ci à l'aide de trois fils de soie très fins. La ligne de suture répond à la ligne médiane. C'est donc le lambeau du côté droit qui à lui seul bouche la perforation.

Les suites sont d'une parfaite simplicité. A aucun moment la vitalité des lambeaux n'a été menacée ni la réunion compromise. Les fils ont été enlevés le 15 ; le résultat a été d'emblée et absolument irréprochable. Peu de jours après, notre opéré recommençait à parler d'une voix redevenue normale. Actuellement il a repris son travail et l'usage des aliments solides qu'il peut mastiquer sans inconvénient ni gêne d'aucune sorte. Les plaies des débridements latéraux sont depuis plusieurs jours déjà entièrement cicatrisées.

M. BALZER. — J'ai obtenu plusieurs fois la guérison complète de perforations syphilitiques du palais par le traitement mercuriel et ioduré, mais il est important de panser la perforation et de l'oblitérer par un tampon serré de coton ou de gaze iodoformée, renouvelé autant qu'il est nécessaire.

M. GAUCHER. — Il faut distinguer, au point de vue thérapeutique, la perforation récente et la perforation déjà ancienne. Quand il s'agit d'une perforation récente, il faut évidemment appliquer le traitement antisypilitique ; on obtient le plus souvent ainsi une réparation suffisante, sinon complète, de la lésion. Mais quand le traitement antisypilitique n'agit plus, la palatoplastie est indiquée et donne de beaux résultats, comme M. Morestin vient de le montrer.

M. A. FOURNIER. — Comme l'a dit M. Balzer, on peut obtenir la guérison complète des petites perforations de la voûte palatine par le traitement antisypilitique et l'obturation de la lésion.

M. DE BEURMANN. — Il n'y a pas incompatibilité entre le traitement médical et le traitement chirurgical, mais y a-t-il inconvénient à opérer de bonne heure ?

M. A. FOURNIER. — Le traitement antisypilitique a pour but d'éviter au malade l'opération chirurgicale.

M. LENGLET. — La question que vient de poser M. de Beurmann m'incite à faire remarquer que le traitement chirurgical ne doit pas être fait en même temps que la cure mercurielle, mais après une cure mercurielle très intense. Si on pratique l'autoplastie trop tôt, si la cure mercurielle n'a pas été assez active, le tissu encore influencé par la syphilis cède de nouveau et la perforation se reproduit.

M. MORESTIN. — Les considérations qu'on vient de développer ne sont pas nouvelles. Il est bien entendu qu'on ne doit pas opérer les perforations

palatines syphilitiques récentes, ni celles qui n'ont pas été préalablement soumises au traitement antisiphilitique.

Ai-je besoin d'ajouter que le malade que je vous ai présenté avait été traité longtemps et suffisamment par M. le professeur Gaucher, et que le traitement médical avait donné tout ce qu'il pouvait?

Ma présentation avait simplement pour but de montrer que la palatoplastie peut donner d'excellents résultats, même dans les perforations latérales du palais.

M. A. FOURNIER. — Personne n'a mis en doute, dans cette discussion, les indications de l'opération pratiquée par M. Morestin; et on ne peut que le féliciter de l'excellent résultat qu'il a obtenu.

Syphilide tuberculeuse zoniforme avec cicatrices atrophiques.

Par MM. BALZER et GALUP.

Annette M..., 39 ans, sans profession, se présente à notre consultation pour des syphilides, dont l'aspect très particulier nous paraît mériter l'attention et qui sont survenues il y a 2 ans.

Les accident primitifs et secondaires sont passés inaperçus de la malade; son interrogatoire nous révèle chez son mari une pigmentation en placards des bras et du dos qu'il est permis de suspecter spécifique. Elle est mariée depuis 14 ans et a 3 enfants, tous chétifs et anémiques. L'an passé elle a eu une gomme à la face interne du genou gauche; la cicatrice en persiste, très apparente.

Les lésions actuelles siègent sur la moitié gauche du tronc, à l'exception d'un petit nombre d'éléments qui dépassent en arrière la ligne médiane. Ces lésions, occupant une largeur de peau au moins égale à la paume de la main, présentent une disposition zoniforme; elles commencent en arrière au niveau des dernières vertèbres dorsales, se dirigent obliquement en bas et en avant sur l'abdomen, et se terminent sur la ligne mamelonnaire, à hauteur de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Dans la région dorsale les éléments sont en pleine évolution; sur la peau, de teinte rouge uniforme, se détachent en saillie des syphilides papulo-tuberculeuses, présentant des apparences diverses: il existe des éléments papuleux superficiels, des éléments papulo-croûteux et ulcéreux. En dehors de ce placard en évolution, on en reconnaît un second où les éléments sont cicatrisés, mais sans doute depuis peu de temps car ils conservent un aspect rouge et pigmenté. Enfin toute la région latérale gauche est occupée par des éléments cicatriciels, de forme elliptique, très voisins les uns des autres, offrant de prime abord l'apparence des macules atrophiques et même présentant comme elles, en certains points, une petite dépression cupuliforme centrale; mais ils s'en différencient nettement par le fait qu'ils sont fortement saillants, que l'épiderme est un peu gaufré à leur surface, et qu'à la palpation on reconnaît que le derme est encore épaissi par du tissu d'infiltration ou du tissu cicatriciel.

Il s'agit ici d'un cas de syphilis complètement ignorée de la malade

et dont les premiers accidents ont été inaperçus. La syphilide tuberculo-ulcéreuse qu'elle présente actuellement est le plus grave accident qu'elle ait éprouvé. Cette syphilide régionale est remarquable par sa disposition nettement *zoniforme*. A peu près guérie et réparée dans ses deux tiers antérieurs, elle continue à évoluer dans le tiers postérieur et tend à dépasser la ligne médiane en dehors de la colonne vertébrale. L'intervention du système nerveux dans la disposition d'une syphilide zoniforme de ce genre peut être soupçonnée, mais nous ne l'affirmerions pas et cette disposition nous paraît aussi pouvoir s'expliquer par le développement serpiginieux de la syphilide tertiaire.

En l'examinant, la partie qui appelle le plus l'attention est la partie moyenne du vaste placard zoniforme, celle où existent les éléments cicatriciels. Au premier coup d'œil on pourrait penser à de petites macules atrophiques et il faut un examen attentif pour les en différencier. Quelques éléments sont même plissés et présentent au doigt une dépression cupuliforme comme les macules atrophiques. Mais la plupart, bien que déprimés à leur centre, sont encore infiltrés à leur périphérie et présentent une consistance spéciale. Il est probable que cette consistance diminuera avec le temps et qu'après la résolution totale du tissu d'infiltration toutes les cicatrices deviendront molles et dépressibles, mais même à cette époque le diagnostic de ces cicatrices avec les macules atrophiques pourra encore être fait, grâce à un léger gaufrage de l'épiderme qui persiste indéfiniment sur les cicatrices syphilitiques, ainsi que nous avons pu le constater dans d'autres cas.

Il est vrai que certaines syphilides tuberculeuses sèches ne vont pas toujours jusqu'à produire l'ulcération du derme, surtout lorsque le traitement spécifique vient hâter leur résolution. Ces syphilides peuvent être suivies de la production de macules déprimées, atrophiques, très analogues aux macules atrophiques post-papuleuses. Mais on pourra habituellement reconnaître leur origine à ce fait qu'elles sont groupées et que dans le groupement auquel elles appartiennent il existe de véritables cicatrices également plus ou moins déprimées et atrophiques, consécutives aux ulcérations qui en quelques points manquent rarement de se produire, même dans les syphilides tuberculeuses sèches. En somme, des *macules atrophiques post-tuberculeuses* pourraient se produire, plus rares et moins bien caractérisées que les macules atrophiques post-papuleuses, mais pourtant assez comparables à celles-ci. Les *cicatrices atrophiques post-tuberculeuses* s'en distinguent, quelquefois malaisément, il faut l'avouer, par le gaufrage de l'épiderme à leur surface. Chez notre malade il existe des éléments pour lesquels cette distinction ne peut guère être faite.

Du reste, à part ce léger gaufrage de la surface, il faut encore reconnaître que l'analogie peut être presque complète aussi entre cer-

taines cicatrices anciennes de syphilides papulo-ulcéreuses de la période secondaire et les macules atrophiques post-papuleuses. D'ailleurs les lésions de la trame conjonctivo-élastique du derme produites par l'infiltration papuleuse ayant été les mêmes, il n'est pas étonnant qu'on puisse en retrouver des vestiges comparables dans les deux cas. Ce qui fait la différence, c'est la destruction de la couche papillaire qui manque dans les papules simples et qui se produit dans les papules ulcérées. Il en résulte des cicatrices molles, déprimées à leur centre, auxquelles conviendrait le nom de *cicatrices atrophiques post-papuleuses*.

Un processus tout à fait analogue, en somme, se produit dans les éléments d'une syphilide tuberculo-ulcéreuse comme celle que nous observons aujourd'hui; ce qui n'est pas étonnant, puisque notre tubercule syphilitique n'est pas autre chose qu'une papule tertiaire, qui ne diffère de la papule secondaire que par son évolution à tendance plus destructive. La destruction partielle et plus ou moins profonde du derme peut produire avec le temps, dans certains cas de cette syphilide, des cicatrices atrophiques très comparables à celles que déterminent les papules ulcéreuses secondaires. Elles en diffèrent cependant par quelques caractères : forme des éléments, plutôt irréguliers, allongés ou elliptiques qu'arrondis, plus voisins les uns des autres, et groupés dans une région déterminée; tandis que les cicatrices post-papuleuses, de même que les macules atrophiques post-papuleuses, sont rondes et sont plutôt disséminées dans une certaine étendue du tégument.

Nous avons cru devoir développer un peu ces particularités, car l'étude des caractères différentiels des macules atrophiques post-papuleuses ou post-tuberculeuses et des cicatrices atrophiques post-papulo-ulcéreuses et post-tuberculo-ulcéreuses nous paraît devoir mériter l'attention, en raison de l'intérêt que présentent tous les vestiges extérieurs de la syphilis tant au point de vue purement clinique qu'au point de vue médico-légal.

M. A. FOURNIER. — Ce cas est extrêmement intéressant. Je n'ai jamais observé de cicatrices syphilitiques ayant cet aspect de macules atrophiques.

Syphilome en cuirasse datant de 19 ans, développé sur un eczéma séborrhéique pré-sternal.

Par MM. GASTOU et L. LEGENDRE.

Le cas que nous présentons à la Société mérite l'attention en raison des particularités suivantes :

1^o Longue évolution, sans troubles de la santé générale, d'un syphilome en voie constante d'extension centrifuge chez un malade ignorant sa syphilis et jamais traité.

2° Superposition de la lésion syphilitique à un eczéma séborrhéique sternal, ayant servi de point d'appel.

3° Action extensive du syphilome par des applications irritantes pyogènes.

4° Guérison rapide en deux mois par 4 injections de calomel galacoloïd Duret à 5 centigrammes par injection, associées à 150 grammes d'iodure de potassium.

Voici l'observation de ce malade.

A. L..., 43 ans, se présente à la clinique de l'un de nous, à Rouen, le 18 avril 1907. Il se dit bouvier, demeurant à Louviers.

Antécédents héréditaires. — Son père, tonnelier, est mort à l'âge de 69 ans, de tuberculose pulmonaire. Sa mère, actuellement, est bien portante. Il y a 10 ans, elle a eu un érysipèle de la face. Depuis 2 ans, il s'est déclaré chez elle un eczéma variqueux de la jambe gauche. Elle a eu 4 enfants, dont deux morts de tuberculose.

Antécédents personnels. — Le malade, alcoolique, n'a rien eu pendant son enfance qu'un eczéma probablement séborrhéique siégeant au milieu de la poitrine.

Il y a 20 ans, chaudepisse qui a duré 2 mois environ. Presqu'au même moment apparut sur la verge une petite écorchure. Le malade n'y fait guère attention et ne se soigne pas; plaque banale, dit-il, qui guérit en 2 semaines.

La maladie actuelle a débuté il y a 19 ans par un petit bouton, dur qui après ulcération s'est recouvert d'une croûte jaune verdâtre. Au dire du malade, cette ulcération siégeait à la partie supérieure du sternum (au siège de l'eczéma). Cette lésion, d'abord large comme un centime, s'agrandit de jour en jour par grattage, de façon à atteindre les dimensions d'une pièce de 5 francs.

A ce moment, le malade voit un rebouteur de Louviers qui s'occupe spécialement de guérir les panaris. Il lui cautérise cette plaie à la pierre infernale. Aucune amélioration; au contraire, autour de la cautérisation, la plaie bourgeonne de plus belle et s'agrandit de jour en jour. La plaie atteint alors comme dimensions celles de deux pièces de 5 francs.

Un médecin est consulté et conseille l'application d'une pommade composée, dont le malade ne peut donner la formule. On lui conseille de prendre de l'huile de foie de morue.

Malgré ce traitement, le malade ne constate aucune amélioration. Au contraire, la plaie s'agrandit de jour en jour, très lentement, progressivement pour atteindre à un moment donné les dimensions de la paume de la main.

Le malade voit, à la quatrième page d'un journal, l'annonce d'une pommade dite *du Bossu*, guérissant toutes les maladies de la peau. Il abandonne alors et l'avis du rebouteur et les soins médicaux pour se faire expédier 3 ou 4 pots de cette prétendue panacée des maladies de la peau. Il n'en éprouve aucun soulagement.

Découragé, il abandonne tout traitement, se livre à la boisson et même parle de suicide, tellement les souffrances sont grandes.

Depuis cette époque, la plaie s'agrandit pour atteindre à l'heure actuelle les dimensions énormes de 22 centimètres de hauteur et 33 centimètres de largeur.

État actuel. — En examinant le malade, ce qui frappe d'emblée, c'est l'étendue de la lésion, qui recouvre en véritable cuirasse toute l'étendue de la poitrine, empiétant même sur l'abdomen, s'étendant à 2 centimètres du nombril.

Les éléments sont assez nets et assez caractéristiques pour permettre



FIG. 1.

le diagnostic rétrospectif de syphilis tertiaire tuberculeuse en nappe ou phagédénisme tertiaire en surface.

Cependant, en certains endroits de cet immense placard, l'aspect morphologique de la syphilis est modifié par la concomitance de l'eczéma.

La forme de ce placard rappelle vaguement la configuration d'une carte géographique. Les bords en sont festonnés, s'élargissant de ci, de là capricieusement, poussant une pointe en tel sens, puis s'arrêtant et s'étendant en sens différents (fig. 1).

Dans la zone d'évolution, sur une bordure de 6 centimètres environ de diamètre, faisant le tour du placard, on remarque un érythème constitué

par des rubans onduleux, par des papules, par des saillies de la grosseur d'une noisette, molles au centre, dures à la périphérie. En les incisant on en fait sortir un liquide comme sirupeux et très sanguinolent. Ces saillies ou gommès font place à des ulcérations polycycliques, notablement creuses et excavées, à bords adhérents, nettement et verticalement entaillés, à fond boursillonneux.

Quelques-unes sont surmontées de concrétions squameuses, très adhérentes, saignant facilement au moindre frottement. Ces squames sont tantôt molles et jaunâtres, tantôt dures, noirâtres, mais assez épaisses pour former des lames superposées et qui par leur superposition forment



FIG. 2.

une assez notable saillie. Dans ces squames, un peu de suppuration.

En dedans de cette zone en évolution se trouve un autre placard de 20 centimètres environ, déjà parcouru par le mal et paraissant cicatrisé. Les bords en sont également festonnés; la cicatrisation, centrifuge, paraissant se faire d'une façon parallèle à l'expansion ulcéreuse.

Ce placard central est rouge et suintant sur toute la surface, grâce à un eczéma créant ainsi un terrain propre à l'infection.

De place en place, on observe de petites plaques de peau saine.

Le malade se plaint de ne pouvoir se baisser, se sentant la poitrine prise comme dans un étai.

Sur le reste du corps, aucune autre lésion cutanée; pas d'adénopathies. Chose curieuse, les mamelons sont respectés.

Après examen de la bouche et l'analyse des urines, les prescriptions suivantes sont faites au malade :

Pendant tout le traitement mercuriel : 1° prendre tous les jours 2 litres de lait coupé d'Eaux-Bonnes ; 2° 3 grammes de KI par jour ; 3° soins de la bouche au borax et chlorate de potasse ; 4° sur toute la zone en évolution, frictions avec la pommade au calomel, 2 p. 100 ; sur la partie centrale eczémateuse, badigeons au nitrate d'argent à 1 p. 50.

En même temps, le traitement mercuriel est ainsi institué :

18 avril : à la région fessière (au lieu d'élection), 1^{re} piqûre d'huile au calomel, 0,05, gaïacoloid de Duret.

28 avril : 2^e piqûre au calomel, 0,05. Continuation de la pommade et des badigeons au nitrate d'argent.

5 mai : 3^e piqûre au calomel, 0,05. Cataplasme de fécule de pomme de terre pour faire tomber les croûtes. Au centre du placard, badigeons au nitrate d'argent et pâte de zinc.

12 mai : 4^e piqûre. Le malade dit ressentir une douleur à la fesse ; fourmillements dans les jambes. Je recommande le repos, l'abstention de tout travail physique ou intellectuel et des pansements humides prolongés à l'eau bouillie.

18 mai : 5^e piqûre. On constate une grande amélioration (fig. 2). Le malade ressent moins de raideur en se baissant. Le suintement du centre disparaît et le placard paraît plus cicatriciel.

Lentement l'extension s'arrête, les plaies bourbillonneuses se débarrassent des détritiques gangreneux qui les encombre, l'infiltration périphérique se résout et la réparation commence.

25 mai : Le malade ressent une vive douleur à la fesse, ne peut s'asseoir. On sent comme une nodosité profonde dans le muscle fessier.

On abandonne le traitement par les piqûres et on ordonne de prendre 2 fois par jour une pilule de 5 centigrammes de protoiodure de mercure.

La solution d'iodure est continuée.

1^{er} juin : L'amélioration est de plus en plus grande. Le malade ne peut supporter les pilules, a des maux d'estomac.

Le malade est mis au lait et prend 2 cuillerées à bouche de sirop mixte dans du lait. En même temps, on prescrit des frictions sur le syphilome avec une pommade au biiodure à 1 p. 200.

Guérison complète le 10 juin.

Cas de lèpre et de syphilis améliorés par l'anilarsinate de soude.

Par MM. H. HALLOPEAU et RAILLIET.

Le nombre de nos observations approche actuellement 130 : si nous n'en avons pas mis plus tôt les résultats sous les yeux de la Société, c'est, d'un côté, parce que les malades, dès qu'ils sont guéris de leurs manifestations, s'empressent de quitter l'hôpital, d'un autre, parce que les cas d'amélioration ou de guérison des accidents primitifs et secondaires peuvent s'expliquer, pour qui n'a pas suivi de près le malade, par l'évolution naturelle de la syphilis ; les accidents tertiaires

dont nous vous présentons aujourd'hui trois cas en grande amélioration ne sont pas susceptibles de cette objection ; il en est de même des lépromes de ce premier malade dont l'un de nous a antérieurement rapporté l'observation à la Société.

Obs. I. — *Bacilliose de Hansen*, en évolution depuis 1892.

Depuis 2 ans, mal perforant plantaire bilatéral occupant tout le talon antérieur, douloureux, rendant la marche à peu près impossible.

Injections d'anilarsinate de soude :

3 de 0^{gr},75 les 18, 21 et 23 mai,
5 de 0^{gr},25, du 1^{er} au 13 juin,
1 de 0^{gr},50, le 21 juin,
1 de 0^{gr},25, le 24 juin.

Au total 4^{gr},20, en 37 jours, avec quelques interruptions.

Le 24 mai, après la troisième injection, phénomènes d'intolérance prédominant du côté des voies digestives ; ils cédèrent au bout de 48 heures.

Après la huitième injection (13 juin), le mal perforant du pied droit était complètement cicatrisé ; la guérison se maintient parfaitement depuis cette époque, le malade n'accusant plus à son niveau qu'une douleur, marquée surtout après la fatigue.

Du côté gauche, la lésion qui était beaucoup plus profonde, n'est pas encore complètement cicatrisée, mais elle est incontestablement améliorée. En outre, le malade se sent mieux ; il éprouve en particulier un grand soulagement du côté de ses articulations ; les mouvements y sont beaucoup plus libres, et les craquements articulaires ont disparu.

De plus, une tuméfaction considérable qui s'étendait de la mastoïde à la région scapulaire, et persistait depuis 3 ans, s'est résorbée au point d'être maintenant à peine appréciable, sous forme d'un épaissement dermique, au niveau de la mastoïde. Les douleurs orbitaires, une grande sensibilité du cuir chevelu ont également disparu comme par enchantement depuis la nouvelle médication.

Le malade, enthousiasmé, réclame avec insistance des doses plus élevées.

C'est de tous nos malades celui chez lequel les phénomènes d'intolérance ont été les plus accentués et prolongés ; nous ne les observons plus avec les doses dont nous faisons usage actuellement.

Obs. II. — *Syphilis tertiaire*. N° 79, salle Bazin. — Chancre en 1901.

En 1904, gommès de la jambe droite.

En mars 1907, apparition d'une série d'ulcérations sur les membres. Le malade entre à Saint-Louis, salle Bazin, le 27 mai, pour ces accidents.

Au-dessus du genou droit, il présente une ulcération de 8 centimètres de haut sur 7 de large, avec deux petits îlots lenticulaires en voie de cicatrisation. Deux autres petites ulcérations siègent au-dessus de la précédente.

On note encore deux ulcérations grandes comme des pièces de 50 centimes à la face antérieure de l'avant-bras gauche; une de 3 centimètres et demi sur 2 à la face interne du coude du même côté; une autre, grande comme une pièce de 2 francs, à la face antérieure de l'avant-bras droit.

Du 1^{er} au 13 juin, on fait une série de 6 injections d'anilarsinate de soude d'une valeur totale de 3^{rs},50; il ne survient aucun accident, sauf quelques douleurs gastriques passagères.

Avant la dernière injection, la plus grande ulcération, celle du genou droit, était entièrement cicatrisée. Toutes les autres, sauf la plus élevée de la cuisse droite, se sont cicatrisées quelques jours après. La guérison se maintient depuis cette époque. Une nouvelle série d'injections est recommencée, nous allons l'interrompre.

Obs. III. — *Syphilis tertiaire*. — Début de la syphilis inconnu.

Cette malade est entrée au n° 15, salle Lugol, le 13 mai 1907, pour une périostose douloureuse du tiers inférieur du tibia droit, qui l'empêche absolument de marcher.

Elle présente en outre une périostose des deux cinquièmes inférieurs du radius droit.

De plus, des syphilides tuberculo-croûteuses sont réparties sur les téguments, en particulier à la face, au-dessus du sourcil gauche et à la queue du sourcil droit, à la narine gauche et au-dessus de la commissure labiale gauche; un tubercule ulcéré se voit sur la joue droite.

Au niveau du creux poplité et sur l'épaule droite, de grands placards de syphilides sont en pleine évolution.

On commence le traitement par l'anilarsinate de soude. Du 14 mai au 8 juin, la malade reçoit, en 7 injections, 4^{rs},75 du médicament.

Dès le 18 mai, les croûtes commencent à tomber et les tubercules à s'affaïsser.

Le 24, les périostoses ont disparu, ainsi que l'ulcération de la joue droite.

Le 28, on note l'amélioration de la plupart des lésions en même temps que la cicatrisation complète de l'ulcération de la commissure et de celle du creux poplité gauche.

Actuellement, au commencement de juillet, l'amélioration observée dès la fin de mai s'est notablement accrue d'une façon persistante et la malade reçoit une deuxième série d'injections que nous allons suspendre.

Obs. IV. — *Périostoses frontales*. N° 83, salle Bazin. — Accident primitif il y a 5 ans.

Vers le milieu de 1906, apparition de deux périostoses au niveau des bosses frontales; celle du côté droit est plus saillante.

Toutes deux sont douloureuses à la pression et, spontanément, le malade accuse des bourdonnements d'oreilles.

Entré le 17 mai 1907, il reçoit 3^{rs},75 d'anilarsinate de soude en 6 injections du 18 mai au 6 juin.

Après cette première série d'injections, le front est devenu notablement moins saillant; la périostose de la bosse frontale gauche a disparu; la pression n'est plus douloureuse; les maux de tête et les bourdonnements d'oreilles ont cessé. Le malade accuse une amélioration générale. Une nou-

velle série d'injections a été recommencée le 21 juin ; nous allons les cesser.

Ces faits mettent en évidence la puissance de la médication. On ne voit ni l'iodure, ni le mercure, amener des améliorations aussi rapides et considérables, et elles peuvent être durables, car la syphilide ulcéreuse traitée dans mon service il y a deux mois, par M. Salmon, chez une carcinomateuse n'a pas récidivé.

La cure arsenicale pourra-t-elle donner davantage ? Mise en œuvre au début de la maladie, ne peut-elle en diminuer la gravité ? Nous avons pratiqué, dans ce but, des injections de quelques centigrammes d'anilarsinate au voisinage du chancre ; nous n'avons pas encore pu apprécier les résultats de ces tentatives.

Malheureusement, comme nous y avons insisté à plusieurs reprises, cette thérapie entraîne des dangers ; nous évitons actuellement presque complètement les phénomènes d'intolérance gastro-intestinale ainsi que les troubles de la santé générale ; néanmoins, nous allons être encore plus circonspects : il résulte en effet de premières expériences faites par M. Fourneau que l'élimination du médicament par l'urine ne se fait que lentement, si toutefois elle est complète : il y a donc à redouter des accidents liés à l'accumulation du produit ; aussi ne pratiquerons-nous désormais qu'à une longue échéance de nouvelles séries d'injections.

M. BALZER. — J'ai obtenu, comme M. Hallopeau, de bons résultats en prescrivant l'atoxyl dans des cas de roséole intense, de syphilides papuleuses généralisées, de syphilide papuleuse hypertrophique et de syphilides tertiaires. J'administre ce médicament par la bouche, à la dose de 20 à 30 centigrammes par jour pendant une quinzaine de jours. Je n'ai observé qu'un cas d'intolérance, d'ailleurs sans gravité.

Je ne considère pas l'atoxyl comme supérieur au mercure dans le traitement de la syphilis ; mais je pense qu'il peut prendre une certaine place à côté du mercure et de l'iodure dans la thérapeutique de cette maladie et qu'il faut continuer son étude.

M. LENGLET. — Je suis frappé de la pigmentation des cicatrices chez les malades qu'on vient de présenter. C'est un des inconvénients de la thérapeutique arsenicale.

M. HALLOPEAU. — On observe fréquemment des pigmentations semblables chez des syphilitiques qui n'ont pas été traités par l'atoxyl. On n'est donc pas autorisé à mettre ces pigmentations sur le compte de ce produit.

M. LAFAY. — Je demanderai à M. Hallopeau si, chez ces malades qui sont de vieux syphilitiques, on a recherché le mercure dans l'urine. Cette question est importante. Il doit y avoir en effet, chez les malades traités antérieurement par le mercure, de vieux reliquats de mercure non utilisés et qui peuvent avoir une action. On voit, à Uriage et dans d'autres stations

minérales, des syphilitiques guérir sans traitement, simplement parce qu'ils utilisent le mercure antérieurement emmagasiné dans l'organisme.

Cette recherche permettrait en outre d'être certain que les malades ne prennent pas de mercure à l'insu du médecin traitant.

Enfin, dans certaines salles d'hôpital où de nombreux syphilitiques sont soumis à des frictions mercurielles, on a pu déceler la présence de mercure dans l'urine de malades qui ne prenaient pas trace de ce médicament.

J'ajouterai qu'il n'y a aucune différence, au point de vue chimique, entre le produit allemand et le produit français.

M HALLOPEAU. — J'ai employé l'atoxyl le plus souvent sur des malades n'ayant pas pris de mercure. D'ailleurs des reliquats mercuriels provenant d'un traitement antérieur ne suffiraient pas à guérir des lésions aussi graves que celles des malades que je viens de vous présenter.

Je maintiens que le produit français et le produit allemand ne donnent pas les mêmes résultats thérapeutiques; les troubles de la vue en particulier s'observent presque exclusivement chez les malades qui sont soignés avec le produit allemand; d'ailleurs les résultats des analyses pratiquées par M. Duret sont démonstratifs; ainsi que nous l'avons indiqué dans notre communication à l'Académie de médecine, le produit allemand a donné des réactions qui dénotaient la présence d'arsénites et d'arséniates libres, et par conséquent toxiques; il n'y a donc plus de doute possible à cet égard. Je suis convaincu que cette fabrication a été perfectionnée, mais il y a eu un stock à épuiser et les malades en ont gravement souffert.

M. Edm. FOURNIER. — Je n'ai pas d'expérience personnelle sur l'atoxyl, mais j'ai eu l'occasion de voir 3 malades soignés par l'atoxyl et à des âges différents de la syphilis, et en vérité ces 3 observations ne sont pas favorables à l'atoxyl.

La première de ces observations est relative à un malade anciennement spécifique que j'avais eu l'occasion de soigner à différentes reprises, mais que j'avais perdu de vue depuis 6 ou 8 mois. La semaine dernière ce malade est revenu, me disant ceci : « J'ai eu il y a plusieurs mois une chorio-rétinite pour laquelle j'ai été soumis à un traitement par l'atoxyl, et je viens vous retrouver aujourd'hui pour deux raisons :

— La première, c'est que, durant mon traitement par l'atoxyl, j'ai été très malade : « malade à en mourir ».

La seconde, c'est qu'au dire d'un oculiste, mon affection oculaire ne va pas mieux. Veuillez donc recommencer votre ancien traitement par le mercure. »

La seconde observation est relative à un malade qui a subi, du chef d'un maître incontesté de cet hôpital, un traitement « abortif » par l'atoxyl. Or, malgré ce traitement abortif institué immédiatement après le chancre, j'ai pu constater chez ce malade, à l'échéance voulue, une roséole manifeste et des plaques muqueuses buccales aussi typiques que possible.

La troisième observation concerne un malade présentant des accidents tertiaires, manifestement améliorés durant le traitement d'atoxyl institué à cet hôpital. Malheureusement ce malade subissait, en même temps que l'atoxyl, un traitement par des frictions mercurielles.

Ces trois observations, ou mieux les deux premières de ces observations,

me semblent démontrer au moins l'insuffisance de l'atoxyl soit comme spécifique des accidents tardifs de la syphilis, soit comme spécifique abortif.

M. EUDLITZ. — Je n'ai pas d'expérience de l'atoxyl ; mais on sait depuis longtemps que l'arsenic peut améliorer et même guérir les syphilitiques. Barthélemy faisait des injections de cacodylate en même temps que des injections d'huile grise.

M. A. FOURNIER. — L'emploi de l'arsenic dans le traitement de la syphilis n'est pas nouveau. J'ai vu M. Ricord, en 1856, l'administrer couramment à ses malades ; et la liqueur de Donovan, si usitée autrefois, contient de l'iodure d'arsenic associé à un iodure double de mercure et de potassium.

M. Alex. RENAULT. — L'atoxyl a été essayé dans mon service par M. le Dr Salmon. Les résultats qu'il a obtenus jusqu'ici, ne m'ont pas paru très concluants. Aussi, je crois que M. Salmon s'est un peu trop hâté de les publier.

J'ai vu disparaître par l'a oxyl des roséoles et, assez promptement, une syphilide papuleuse. Mais cette dernière durait déjà depuis deux mois. Quant à la roséole, elle s'éteint spontanément, sans qu'on fasse aucun traitement.

Les effets du nouveau médicament sur les accidents tertiaires ne permettent pas davantage d'en tirer des conclusions fermes.

Bref, la médication par l'atoxyl demande encore de nouveaux essais ; on n'aura une opinion juste de son efficacité, qu'en comparant son action à celle du mercure sur des malades se trouvant autant que possible dans les mêmes conditions.

M. GAUCHER. — Il faut tenir compte, comme l'a dit M. Lafay, des réserves de mercure emmagasinées dans l'organisme des malades antérieurement traités. C'est ainsi qu'à Uriage, à la Bourboule, on voit des syphilitiques guérir sans traitement mercuriel, quand ils ont été soignés préalablement par le mercure.

Personnellement, je n'ai pas l'expérience de l'atoxyl. Mais je suis très frappé de la lettre que vient de publier M. Lassar et dont voici approximativement les termes : « Les journaux de la presse parisienne sont remplis des succès d'un nouveau produit arsenical : l'atoxyl. J'aurais pu réclamer la priorité de cette découverte ; je ne l'ai pas fait, parce que je considère que ce produit ne vaut rien du tout. »

M. LÉVY-BING. — Non seulement l'atoxyl n'agit pas toujours sur les manifestations syphilitiques, mais il peut donner lieu à de graves accidents.

Un malade, atteint d'une atrophie syphilitique du nerf optique droit, fut soumis à des injections d'atoxyl. Il présenta bientôt des signes d'intoxication : céphalée, vomissements, tendance à la syncope, et élévation de température qui atteignit jusqu'à 40°. Le sang de ce malade fut examiné plusieurs fois au cours de ce traitement et on constata une diminution progressive du nombre des globules blancs, du nombre des globules rouges et de la quantité d'hémoglobine. Malgré les injections, l'œil gauche se

prit à son tour. On suspendit alors l'usage de l'atoxyl et on fit des injections d'huile grise. Ces dernières injections améliorèrent les phénomènes oculaires, et l'examen du sang montra une augmentation progressive du nombre des globules blancs et des globules rouges.

M. de BEURMANN. — J'ai obtenu quelques bons résultats de l'atoxyl, et je pense qu'il peut être avantageusement employé chez les intolérants du mercure. Mais, en présence de tout accident syphilitique grave, il ne faut pas hésiter à recourir au mercure, dont l'efficacité n'est pas douteuse et dont il me semble qu'on n'a pas le droit de priver le malade.

M. HALLOPEAU. — Le fait rapporté par M. Lévy-Bing concerne un malade soigné avec le produit allemand; ce qui vient à l'appui de ce que j'ai dit sur la différence du produit allemand et du produit français.

M. Lassar administrait primitivement l'atoxyl à la dose de 0^{gr},20; puis, il l'a employé selon la méthode que je lui ai indiquée et il en a eu de bons résultats; je ne sais s'il a changé d'opinion.

Je ne rejette pas le mercure hors de la thérapeutique de la syphilis; mais je fais, au début de la maladie, deux séries d'injections d'atoxyl, à 15 jours d'intervalle; je laisse ensuite reposer un peu le malade et j'administre le mercure.

J'ajoute que, toutes les fois qu'il y a une infection associée, l'atoxyl ne produit pas de bons effets.

M. A. FOURNIER. — Je n'ai pas d'expérience personnelle de l'atoxyl; mais j'ai vu des malades soumis par des confrères à ce traitement et qui, vraiment, s'en sont bien mal trouvés.

Je n'ai pas osé essayer l'atoxyl pour plusieurs raisons, que voici : 1^o parce que je n'ai aucune raison de faire des infidélités au mercure, qui a quatre siècles d'expérience; 2^o à cause de la lettre de M. Lassar que vient de rappeler M. Gaucher; 3^o à cause du mémoire même que M. Hallopeau a lu à l'Académie. Dans cet intéressant travail, que j'ai lu la plume en main, notre savant collègue énumère tant d'incidents et d'accidents survenus au cours de l'administration de l'atoxyl qu'il m'a détourné à jamais de ce remède.

M. HALLOPEAU. — Les accidents que j'ai relatés ont eu lieu au début de nos recherches, alors que nous étions à la période de tâtonnements. Mais depuis que j'emploie la méthode que j'ai indiquée, je n'en observe plus.

Un cas de lupus pernio symétrique des extrémités.

Par MM. DANLOS et BLANC.

Le nommé Bar..., âgé de 56 ans, mécanicien, entre en 1907, salle Bichat, lit n^o 18.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel à signaler.

Bonne santé habituelle, mais habitudes d'alcoolisme.

Il y 4 ou 5 ans, le malade voit survenir pour la première fois des engelures aux mains et aux oreilles, peu douloureuses mais se fissurant rapidement.

Au mois de novembre dernier, l'affection débute par des démangeaisons vives au niveau des deux index avec coloration congestive qui s'étend graduellement pendant que les douleurs augmentent.

Actuellement, on constate sur la face dorsale des mains et des doigts une coloration rouge bleuâtre moins prononcée aux commissures, devenant livide à la pression, et surmontée d'une fine desquamation farineuse, fortement adhérente et surtout manifeste aux doigts. La surface est lisse, luisante, craquelée par places, avec une induration et un épaissement surtout notables aux phalanges. La lésion atteint aussi les faces latérales des doigts, mais à un degré moindre; la limite en est très nette. Sur le dos de la main et sur les faces latérales de l'index et de l'auriculaire, où elle empiète un peu sur la face palmaire à son niveau, il existe de petites surfaces rondes, légèrement surélevées et déprimées au centre. Ces mêmes éléments disséminés existent aussi sur la peau saine au voisinage de la limite, surtout à la main droite. Température de la lésion identique à celle de la peau saine. Les ongles sont intacts.

A l'entrée, le malade accusait des démangeaisons qui ont disparu, mais il persiste encore de la douleur à la pression, surtout au niveau des phalanges.

Au-dessus des coudes et des deux côtés, il existe de petites taches rouges, pointillées, rappelant le début de l'affection.

Le lobule du nez est rouge, violacé, parsemé d'un lacis variqueux assez développé; nombreux comédons cornés.

Sur le bord libre des oreilles, épaissement peu accusé, légèrement douloureux, violet presque noir, avec fine desquamation adhérente.

Rien aux membres inférieurs, orteils légèrement violacés, sans modification de température.

Cœur : légère arythmie.

Poumon : 0.

Foie : légèrement augmenté.

Urines : 0.

La nature de cette lésion, dans les conditions où elle s'est développée, ne saurait faire aucun doute. Les engelures préalables, la coloration livide de la rougeur, le développement symétrique sur les extrémités (mains, oreilles, nez) montrent, en toute évidence, qu'il s'agit d'une variété de lupus pernio. L'affection n'a de ressemblance réelle qu'avec l'érythème pellagreux, qui affecte le même siège mais qui s'en distingue, outre les conditions de son développement et de son évolution, par les caractères un peu différents de la lésion. Dans les deux cas, il existe bien de l'érythème dorsal des mains; mais dans la pellagre, la rougeur beaucoup plus vive au début se complique, dans les poussées ultérieures, de pigmentation et d'une apparente pelure d'oignon de la peau amincie qui n'existe pas dans le lupus. La desquamation dans la pellagre est aussi très différente;

enfin cette affection se complique localement d'atrophies qu'on ne voit pas dans le lupus et, à titre général, de symptômes nerveux et intestinaux sur lesquels il est inutile d'insister.

Cette forme de lupus pernio dérive manifestement du lupus érythémateux; il nous semble qu'elle doit être distinguée du lupus pernio avec déformation des doigts simulant des synovites fongueuses, forme dont elle se rapproche cependant par les engelures prolongées et récidivées qui la précèdent habituellement.

Un cas de lupus érythémateux et eau radifère.

Par MM. WICKHAM et DEGRAIS.

La jeune fille que nous vous présentons, atteinte de plusieurs placards de lupus érythémateux fixe depuis une année, a été traitée par le radium de deux façons différentes. Sur la joue gauche, existait un grand placard comme une pièce de cinq francs, légèrement surélevé, légèrement croûteux vers le centre; un autre petit placard sur le lobule du nez et sur la joue droite existaient trois autres petites nappes érythémateuses de la dimension d'une pièce de 50 centimes.

A gauche, sur la grande plaque et sur le nez, nous avons fait des applications directes de rayonnements issus des appareils habituels.

C'est un appareil ayant comme radiation extérieure l'activité 62000 et comportant 2 p. 100 de rayons α , 84 p. 100 de rayons β et 14 p. 100 de rayons γ , qui a été utilisé, 10 heures en tout, du 2 au 14 novembre 1906. De plus, sur quelques points rebelles, de petites séries d'application ont été faites en décembre avec un petit appareil plus faible. Le nez a été traité de la même façon.

A droite, sur les trois places ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes, nous avons fait usage d'injections intradermiques d'eau radifère. Les injections ont été faites en novembre, les 9, 12, 14, 16, 19, 21, 23, 26, 28 et 30.

Chaque fois, 8 à 10 gouttes étaient poussées dans les tissus lupiques. La solution employée était de un milligramme de bromure de radium pur pour 1 cent. cube d'eau. Chaque centimètre cube contenait donc un cent-millième de radium pur.

Voici les résultats qui ont été obtenus. *A gauche*, réaction très vive, destruction des tissus, évolution lente de la réparation. Le 16 janvier, la cicatrice de réfection était très belle. Nous pensions avoir un résultat définitif, car le 24 mai, lors d'une conférence, nous avons pu montrer la malade en parfait état de cicatrisation.

Mais voici qu'au 22 juin, une récidive s'est produite en plusieurs points de la périphérie de ces plaques de la joue gauche et du nez.

A droite, il n'y a pas eu de réaction visible, pas d'inflammation, ni de suppuration. Le 16 novembre, on a constaté comme une atté-

nuation de la couleur rouge du lupus. L'amélioration, la décoloration se sont peu à peu accentuées. Il s'est produit comme un retrait de ce lupus, comme une évolution vers la sclérose des tissus. Effectivement, le 16 janvier, les trois places, de rouge qu'elles étaient, sont devenues blanchâtres, comme cicatricielles; elles semblaient guéries. Le 24 mai cette apparence persiste.

Le 22 juin, nous constatons qu'au contraire de ce qui s'est passé pour les plaques de gauche traitées par le rayonnement des appareils, celles de droite, traitées par les injections n'ont donné lieu à aucune récidive.

Certes, nous n'attachons pas plus d'importance qu'il ne convient à ce cas isolé, guéri depuis trop peu de temps, et la récidive est là, qui guette.

Mais il est curieux de constater une plus grande résistance des cicatrices avec ces injections d'apparence si peu énergiques, non suivies de réaction, qu'avec des rayonnements puissants. Aussi bien les deux procédés sont-ils absolument différents. Le bromure de radium en solution met en liberté toute son émanation et ses rayons α , lesquels sont envoyés directement dans la profondeur des tissus, tandis que le vernis des appareils retient toute l'émanation ainsi que la presque totalité des rayons α .

Il se peut fort bien que nous n'ayons assisté là qu'à une circonstance fortuite; le lupus érythémateux est fort capricieux dans son évolution: aussi conviendrait-il d'entreprendre en séries (ce que nous ne sommes pas à même de faire) de telles expériences.

Ne pourrait-on les essayer à Saint-Louis? Comme ces solutions ne contiennent que des parcelles infinitésimales de radium, elles sont de portée facile.

Lupus érythémateux primitif de la muqueuse de la lèvre inférieure.

Par MM. BALZER et GALUP.

Depuis sa première mention par Bazin, en 1861, dans des leçons sur la scrofule, le lupus érythémateux des muqueuses a été généralement considéré comme une affection rare. Toutefois deux ordres de faits sont à envisager: tantôt le lupus érythémateux des muqueuses résulte de l'extension d'un lupus cutané et cette extension serait plus fréquente qu'on ne pense, s'il faut en croire Th. Smith, qui l'a observée 16 fois sur 56, soit dans une proportion de 28 p. 100 (*Mucous membrane lesions in lupus erythematosus. British Journal of Dermatol.*, février 1906); tantôt, au contraire, le lupus érythémateux des muqueuses est primitif et ceci, sans aucun doute, est tout à fait exceptionnel. Capelle, en effet (*Contribution à l'étude du lupus érythémateux des muqueuses: Thèse de Paris*, 1901), n'a pu recueillir que 9 observations

de cet ordre, les lésions, dans 5 seulement d'entre elles, ne s'étant pas secondairement propagées à la peau, mais étant restées localisées à leur siège primitif d'élection. Parmi ces dernières, nous rappellerons les cas de Feulard et de Vidal, publiés dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* en 1889, celui de Vidal se trouvant en outre reproduit au Musée (moulage 1146). Depuis cette époque, d'autres cas semblables n'ont pas été présentés à la Société. Nous pouvons signaler encore le cas de M. Arndt, communiqué à la *Berliner dermatologische Gesellschaft*, séance du 1^{er} mars 1904, et publié dans le *Dermatologische Zeitschrift*. De passage à Paris, M. Arndt a vu notre cas et l'a reconnu de même nature que le sien.

En raison de cette rareté du lupus érythémateux primitif des muqueuses, il nous paraît intéressant d'en présenter un cas nouveau, qui siège, comme d'ailleurs la plupart de ceux que nous venons de rappeler, sur la muqueuse labiale.

Il s'agit d'une jeune femme de 23 ans, Maria B..., qui est venue nous consulter pour la première fois le 20 juin dernier.

Père mort asthmatique et peut-être tuberculeux. Mère atteinte d'une affection cardiaque. Deux sœurs, dont l'une depuis longtemps malade.

Fluxion de poitrine à 7 ans et demi. Fièvre typhoïde à 18 ans. Réglée depuis l'âge de 14 ans, mais toujours irrégulièrement. Mariée il y a 18 mois à un homme de faible complexion et de mauvais état général. A eu un enfant qui est mort à 3 mois et demi d'infection pyohémique, à la suite d'abcès du sein développés chez sa mère par l'allaitement.

Il y a 6 mois, cette jeune femme éprouve une légère sensation de gêne au niveau de la lèvre inférieure. A l'inspection, elle remarque une minime saillie blanchâtre qu'elle gratte et déchire avec la pointe d'une aiguille, ce qui aurait fait sourdre quelques gouttes d'un liquide séreux, clair. Quoi qu'il en soit, cette petite érosion, artificiellement créée, persiste sans modifications jusqu'à ces temps derniers; depuis 15 jours au contraire, elle a beaucoup augmenté de dimensions et est devenue douloureuse. En même temps la malade a noté une rougeur et une induration de voisinage, qui jusque-là n'avaient que fort peu attiré son attention.

Aspect actuel des lésions. — Sur la muqueuse de la lèvre inférieure, un peu à droite de la ligne médiane, existe une zone allongée d'avant en arrière, de coloration blanc nacré, de surface lisse, d'aspect cicatriciel au centre. La muqueuse, autour de cette zone, est lisse, congestionnée, de coloration rouge sombre avec fin lacis de capillaires dilatés, coloration qui du reste se fond insensiblement avec celle des parties voisines. A droite, la zone cicatricielle est bordée par une érosion, étendue comme elle d'avant en arrière, longue d'un centimètre environ, large tout au plus de 2 millimètres, à fond légèrement jaunâtre. Dans son ensemble la lésion forme une saillie presque inappréciable, sauf à la loupe. A la palpation entre le pouce et l'index, on sent une infiltration du chorion, du reste assez peu marquée; mais cette infiltration, la malade en accuse la sensation subjective très nette. Quelques douleurs à l'occasion de la mastication; pas de douleurs à la pression.

Sur la muqueuse de la lèvre supérieure, près de la commissure gauche, l'examen révèle une seconde zone cicatricielle, mais beaucoup plus petite que la précédente, comme elle entourée d'une zone érythémateuse et présentant sur un de ses bords une minime érosion.

Ajoutons que les lésions siègent exclusivement sur la muqueuse labiale proprement dite et n'atteignent pas le bord libre des lèvres ; la bouche fermée, elles sont invisibles. Ce n'est pas le cas dans plusieurs des observations que nous avons rappelées plus haut.

État général. — Satisfaisant. A l'examen, nul signe de tuberculose pulmonaire ou autre.

Telle est cette lésion dont le diagnostic ne nous semble pas douteux, malgré l'absence de lésions cutanées. En faveur de ce diagnostic nous n'insisterons guère sur les antécédents, dans lesquels cependant il n'est pas impossible de suspecter, sinon d'affirmer, la tuberculose (le père mort probablement tuberculeux, le mari présentant un mauvais état général, la malade elle-même de tout temps réglée irrégulièrement) ; tout soupçon de syphilis au contraire doit être écarté. Il faut remarquer surtout les caractères mêmes de la lésion, avec sa zone centrale cicatricielle, sa zone périphérique érythémateuse et l'infiltration du chorion. Il est vrai que nous ne notons pas le liséré blanchâtre et quasi-leucoplasique, que les auteurs signalent le plus souvent en dehors de la zone érythémateuse et qui existait, par exemple, dans le cas de lupus érythémateux de la face et de la langue, présenté par M. Gaucher à l'avant-dernière séance de la Société ; mais ce signe n'a pas été donné comme constant. Il est vrai également que l'érosion en bordure de la zone cicatricielle n'est pas habituelle dans le lupus érythémateux, mais la possibilité de son existence est reconnue par les mêmes auteurs, en particulier par Capelle. N'oublions pas d'ailleurs que cette érosion a été artificiellement créée à l'origine par la malade.

Le cas sera traité par les rayons de Röntgen.

Chancres mixte et blennorrhagie de la région ano-rectale.

Par MM. BALZER et GALUP.

Élodie C..., âgée de 20 ans, domestique, est en traitement depuis 2 mois environ à l'hôpital Saint-Louis, salle Alibert.

Cette femme est entrée dans le service, souffrant de douleurs fort vives et saignant assez abondamment de la région anale pour avoir été, quelques jours auparavant, hospitalisée dans un service de chirurgie de Lariboisière, comme hémorroïdaire. A l'examen on note une forte suppuration de la région anale, dont la muqueuse est rouge et enflammée, aussi haut qu'on puisse l'examiner. Entre les plis apparaît en outre, du côté gauche, un chancre mou, typique, en feuillet, de dimensions assez considérables. D'autres

chancres mous s'observent sur les grandes lèvres qui sont tuméfiées et violacées. L'examen du pus révèle plusieurs fois la présence abondante de bacilles de Ducrey et de gonocoques. La malade est traitée par des injections au permanganate et des pansements à l'iodoforme. Au bout de quelques jours la suppuration blennorrhagique se tarit et les chancres vulvaires se cicatrisent. Mais, vers le 15^e jour, les caractères du chancre anal se modifient; il s'indure, sa surface devient plus rouge. Des examens répétés ne nous permettent pas cependant de mettre en évidence le *treponema pallidum*. Mais depuis quelques jours se sont développées sur tout le corps des syphilides papulo-squameuses caractéristiques, qui ont montré que la région ano-rectale avait été le siège d'une triple infection gonococcique, chancrreuse et syphilitique.

M. A FOURNIER. — Dans un récent travail, M. le Dr Brunswic Le Bihan déclare observer fréquemment à l'hôpital Sadiki la blennorrhagie rectale chez les femmes de Tunis, et il a souvent trouvé le gonocoque dans l'écoulement.

Dégénérescence kystique régionale des glandes sébacées.

Par MM. BALZER et GALUP.

La malade qui fait le sujet de cette communication, Lucie B..., âgée de 31 ans, buandière, a été présentée par nous à la dernière séance de la Société. Mais, à ce moment, nous n'avions pas eu le temps de l'examiner avec grand soin, l'ayant vue la veille pour la première fois. Depuis lors, un moulage de la dermatose dont elle est atteinte a été exécuté par M. Baretta pour le Musée.

Cette dermatose se présente sous l'aspect d'un véritable semis de petits éléments kystiques, qui occupent une partie étendue de la région thoracique et sont apparus, il y a *sept ans*, à la suite d'une éruption de furunculose de la même région. Depuis cette époque leurs caractères ne se sont guère modifiés, mais l'affection n'a pas cessé de progresser.

La topographie exacte de la dermatose est la suivante : à la région dorsale, où elle est apparue en premier lieu au dire de la malade, elle s'étend en hauteur depuis le niveau de la 7^e vertèbre cervicale jusqu'à la taille, en largeur du bord spinal de l'une des omoplates au bord spinal de l'autre; les fosses sus et sous-épineuses sont à peu près respectées. De la région thoracique antérieure elle n'occupe que la partie supérieure, s'étendant sur une hauteur de 4 travers de doigt au-dessous de la clavicule, et en largeur d'une ligne axillaire antérieure à l'autre; les régions sous-claviculaires présentent le maximum des lésions, la région sternale quelques éléments disséminés seulement. Sur le cou on en observe également quelques-uns, mais très rares, et de moins en moins saillants, à mesure qu'on considère un point plus élevé.

Les éléments sont disposés sans symétrie, se touchant par leur périphérie en certains points, séparés en d'autres par une distance de quelques milli-

mètres. Ils présentent des aspects variables. La plupart constituent de petites saillies arrondies, enchâssées dans l'épiderme, ne dépassant guère les dimensions d'une tête d'épingle ou d'un grain de mil ; de ces saillies les unes sont jaunâtres et opaques, ressemblant assez exactement à des granulations de milium, mais s'en distinguant par leur consistance qui n'est pas dure, et par l'existence à leur sommet d'un petit orifice ; sur certaines, il est vrai, cet orifice est obstrué et ne peut être reconnu même à la loupe, mais par la pression on fait sourdre assez facilement le contenu de l'élément, contenu qui est d'apparence mélicérique. Sur quelques-unes cet orifice forme un point noirâtre, comme sur un comédon ; d'autres saillies ont l'aspect vésiculeux et même transparent des sudamina, mais même dans ce cas l'ouverture n'en fait échapper aucun liquide, mais seulement du sébum ; d'autres enfin sont modifiées par des inflammations secondaires, présentant alors une zone périphérique rouge et une croûte à leur sommet. A côté de ces éléments en saillie, signalons-en qui sont enchâssés dans le derme et qu'on voit par transparence au-dessous des couches épidermiques.

La peau qui sépare les éléments est de coloration normale, mais la présence à son niveau d'orifices glandulaires anormalement dilatés permet de supposer que même les glandes non kystiques ne sont pas absolument saines. Les lésions ne sont nullement prurigineuses.

L'aspect que nous venons de décrire, bien qu'assez polymorphe, est nettement celui des kystes sébacés.

L'examen histologique du contenu des éléments a confirmé ce diagnostic. Dans la plupart d'entre eux on trouve en effet du sébum pur, avec cellules épidermiques, graisse, cristaux d'acides gras ; dans les éléments enflammés on reconnaît des gros globules de pus et des leucocytes. Malheureusement la malade a refusé de laisser exciser un petit fragment de peau pour l'examen histologique.

Depuis que nous observons cette malade, nous avons eu l'occasion de voir un cas très analogue chez un jeune homme qui malheureusement n'a pas reparu à la consultation. L'affection occupait le même siège, et dans une aussi grande étendue, mais les kystes étaient plus intradermiques, moins superficiels et saillants, sans l'apparence de sudamina et aussi sans les lésions inflammatoires remarquées dans le premier cas. Chez ce jeune homme, l'affection tendait à gagner le cou et à remonter jusqu'aux oreilles. Nous avons vu chez un autre sujet, observé en ville, cette formation des kystes tendre à se généraliser et à envahir presque tout le système des glandes sébacées.

On sait que les kystes sébacés se montrent partout où il y a des follicules pilo-sébacés, mais surtout dans les régions dites séborrhéiques et qu'ils se développent dans le canal de ces glandes, et non dans leurs acini (1). Dans le cas que nous rapportons les tumeurs kystiques nous ont paru dépendre manifestement d'une affection de tout le

(1) V. DARIER. *Pratique dermatologique*. Art. Tumeurs de la peau, p. 657 et suiv.

système sébacé des régions dorso-pectorales supérieures. Nous avons employé le terme de Dégénérescence kystique régionale des glandes sébacées pour exprimer qu'il s'agit ici, non de simples tumeurs kystiques disséminées, mais d'une affection envahissante, à évolution progressive, qui a transformé en quelques années tout le système des glandes sébacées de la région atteinte. Cet envahissement de certaines régions déterminées n'appartient pas seulement aux kystes par rétention, mais aussi à une autre variété de tumeurs des appareils pilo-sébacés, le milium, qui se développe parfois rapidement en éléments nombreux dans une région limitée. Mais le milium n'a jamais une tendance aussi envahissante que celle que nous observons pour les kystes sébacés.

Tuberculose linguale.

Par M. MORESTIN.

Le traitement le plus expéditif, le moins douloureux, le plus simple et le plus sûr d'une ulcération tuberculeuse de la langue de petites dimensions et aisément accessible, chez un sujet non cachectique, est sans aucun doute l'extirpation suivie de réunion immédiate. Ces malades n'ont peut-être pas grand avenir, emportés qu'ils sont souvent par la tuberculose pulmonaire. Cependant, quoi qu'il puisse survenir par la suite, l'intervention leur rend toujours des services locaux, les délivre d'un foyer douloureux, appelé à s'étendre rapidement et qui constitue à lui seul une grave menace. Quand donc la lésion est enlevable, il ne faut pas hésiter à en faire l'ablation large — elle doit être large, pour n'être pas inutile — suivie de réunion immédiate. Appliquée à des ulcérations encore peu étendues, occupant la face dorsale, la pointe ou les bords de la langue, en un mot toute la partie antérieure au V lingual, cette formule est aisément réalisable, sans qu'il soit nécessaire de recourir à l'anesthésie générale. C'est ce que j'ai fait chez une malade que M. Danlos a bien voulu me confier et que je vous présente aujourd'hui guérie.

M^{me} Joub..., âgée de 45 ans, a été opérée le 1^{er} juin dernier. Elle portait sur la face dorsale de la langue, à égale distance de la pointe et du V lingual, une ulcération dont le milieu répondait à la ligne médiane. Cette ulcération, qui évoluait depuis un mois environ, était comparable en étendue à l'ongle du petit doigt. Sa forme assez irrégulière rappelait un peu celle d'un λ. Une frange jaunâtre serpentait le long des bords sinueux, lors de notre premier examen. Au bout de quelques jours ce liséré sphacélique était tombé, laissant voir le bord très découpé d'un rouge vif, et le fond très inégal. Les bords étaient souples, indolents au toucher, légèrement décollés. L'ulcération ne reposait pas sur une base indurée. Autour d'elle une sorte d'auréole d'un rouge vif. Aucun point jaune dans le voisinage.

Pas d'engorgement ganglionnaire. La malade peut parler et même manger sans souffrance.

Je pensai d'autant plus volontiers à une tuberculose que la malade avait été atteinte autrefois d'une lésion chronique du pied gauche, ayant laissé une claudication permanente, lésion qui, selon toute apparence, avait dû être une tumeur blanche du tarse, qu'elle avait eu à diverses reprises des bronchites suspectes, qu'elle présentait enfin au-devant du genou gauche un hygroma qui ne semblait pas en rapport avec des frottements habituels, attendu qu'en raison de l'affection du pied du même côté, le membre inférieur gauche reste pour ainsi dire inutilisé.

Je fis à la cocaïne l'ablation des tissus altérés, passant à distance des bords, et enfonçant le bistouri à bonne profondeur pour enlever autant que possible la lésion tout entière et ses environs suspects, et par surcroît une certaine épaisseur de tissus sains. Ce ne fut ni long, ni difficile, ni émouvant, en raison des faibles dimensions de l'ulcère. Je fis la réunion immédiate à l'aide d'une série de fils de soie échelonnés sur la ligne médiane.

Ces fils furent retirés le 6 juin. La malade est rentrée chez elle le 13 juin, bien guérie.

L'examen histologique a été pratiqué, dans le laboratoire de M. Cornil, par M. Lefas dont les préparations ont été soumises au contrôle de M. Cornil. L'interprétation des coupes ne prête aucunement au doute, car il s'agit d'une tuberculose des plus typiques, avec cellules géantes et follicules tuberculeux d'une netteté et d'une abondance extrêmes.

Rhinophyma traité par l'abrasion modelante.

Par M. MORESTIN.

Voici un nouveau cas de rhinophyma traité opératoirement. L'abrasion modelante appliquée à l'acné hypertrophique doit, entre des mains soigneuses, fournir des succès constants. L'intervention est simple, méthodique et j'ose même dire facile. Il suffit de peler le nez, de le tailler avec le bistouri, en enlevant sans se soucier de l'hémorragie, abondante mais facile à réprimer par la compression, les masses formées par la peau épaissie et les glandes sébacées énormes. Pensée aseptiquement et régulièrement, la plaie se répare spontanément, et le résultat final est la formation d'une cicatrice unie et lisse n'offrant rien de disgracieux. C'est ce que vous pouvez voir sur la malade que je vous présente. Elle m'a été adressée par M. Gaucher le 11 avril. Je l'ai opérée le 16 avril. La cicatrisation a été relativement lente, car elle a nécessité plus de 2 mois pour être complète. Le résultat est parfait, et la forme actuelle du nez contraste avantageusement avec la difformité d'autrefois.

L'acné hypertrophique est relativement rare chez la femme. L'indi-

cation opératoire n'en est que plus nette quand la maladie se rencontre dans ce sexe, la difformité paraissant plus choquante, plus ridicule encore que dans le sexe laid, et supportée d'ailleurs avec moins de résignation.

M. GAUCHER. — Il est très important, dans ces opérations, de ne pas avoir de cicatrices. J'ai demandé à M. Morestin comment il obtenait de si beaux résultats et je tiens à vous signaler sa réponse: « C'est, m'a-t-il dit, en faisant très soigneusement moi-même tous les pansements ».

Cancer de la verge.

Par M. MORESTIN.

Rodolphe S... m'a été adressé par M. Danlos, qui vous l'a déjà présenté et qui a fait faire un moulage de sa verge destiné au Musée de l'hôpital Saint-Louis.

S..., âgé de 46 ans, est porteur d'une lésion de la verge, dont le début, nous dit-il, remonte à 6 ans. Il aurait eu un lupus de la verge, sur lequel se serait développée secondairement la maladie actuelle. Il est impossible de repousser complètement cette version et encore moins de l'accepter, attendu qu'à l'heure actuelle il n'existe aucune trace de lupus et que toutes les parties atteintes de la verge présentent avec une netteté parfaite tous les caractères de l'épithélioma. La partie antérieure de la verge s'épanouissait en un volumineux chou-fleur suintant et très fétide. L'orifice de l'urèthre était introuvable. A peine pouvait-on reconnaître, à droite, une partie de la surface du gland. Partout ailleurs, de grosses masses végétantes formées de bourgeons rouges ou grisâtres. En plusieurs points, au niveau des débris du prépuce et sur le fourreau de la verge, on aperçoit des ulcérations arrondies, cratériformes, dont la surface est couverte de bourgeons sanieux. Le fourreau était ainsi envahi dans plus de moitié de son étendue. Pas de ganglions perceptibles à la palpation, ni dans l'une ni dans l'autre aine. État général assez bon. Le malade n'éprouve pas de gêne de la miction. Il est de règle, d'ailleurs, dans ces cancers que l'urèthre soit très longtemps respecté. Il faut croire que l'évolution de la lésion a été à peu près indolente pour que le malade ait laissé les choses en arriver là. Il est impossible, dans la situation où il se trouve, de tenter une opération économique, et l'amputation s'impose. Le malade s'y résigne, et je pratique l'opération le 8 mai.

Je commence par l'évidement des deux aines, dont j'extirpe en bloc tout le tissu adipeux avec les ganglions. Puis, le pénis est amputé immédiatement au-devant des bourses. J'ai soin, comme je le fais toujours, de sectionner l'urèthre à un centimètre au-devant des corps caverneux, de le débrider en bas. Pour assurer l'hémostase, je suture l'une à l'autre les tranches de section des deux corps caverneux, après avoir lié leurs artères centrales et les dorsales de la verge. Puis la peau est suturée selon une ligne verticale, l'urèthre étant fixé, à droite et à gauche, aux lèvres cutanées correspondantes.

Les suites sont bonnes, à cela près que les plaies inguinales, en dépit des précautions prises, s'infectent et suppurent. Il est nécessaire d'en désunir les bords et de les laisser se réparer secondairement. Cette réparation s'effectue très régulièrement, mais avec une certaine lenteur. Il a fallu six semaines pour que la cicatrisation fût parachevée. Du côté de la verge, la réunion primitive a été obtenue. Le nouveau méat fonctionne à merveille et n'offre aucune tendance à la coarctation. L'état général, qui était passable avant l'opération, est devenu merveilleux. Le sujet a beaucoup engraisé et sa mine est florissante.

L'examen histologique a été fait par M. Lefas, qui m'a remis la note suivante : « Épithélioma pavimenteux lobulé et tubulé par places. Les globes cornés ne sont pas typiques : les noyaux des cellules y persistent en partie ; les cellules du centre des lobules sont cedémateuses. Les ganglions inguinaux sont normaux et sans lésions à l'examen histologique. »

Sur la présence de corpuscules très fins et leur action pathogène dans le molluscum contagiosum de l'homme.

Par MM. GASTOU et LIPSCHÜTZ.

M. Gastou montre au nom du Dr Lipschütz, assistant de M. le professeur Ehrmann, de Vienne, des préparations de frottis du contenu d'un molluscum contagiosum et des coupes de ce molluscum, colorées par la méthode de Loeffler.

Dans les frottis, comme dans les cellules des coupes, on aperçoit des corpuscules extrêmement ténus et très nombreux.

M. Lipschütz, dans 14 cas, a trouvé des éléments analogues, rencontrés d'ailleurs également par M. Borrel à l'Institut Pasteur dans le molluscum contagiosum des oiseaux.

Pour essayer de prouver l'action pathogène de ces corpuscules, M. Lipschütz s'est fait inoculer en deux points du bras droit, par M. Gastou, le contenu d'un grain de molluscum non encore ouvert.

Note sur le diagnostic des blastomycoses. De la nécessité des cultures pour le diagnostic des mycoses cutanées.

Par MM. GASTOU et BOGOLEPOFF.

De récentes communications faites à la Société de Dermatologie et dans diverses sociétés savantes à propos de la sporotrichose cutanée ont montré la nécessité des cultures pour le diagnostic de cette affection (De Beurmann et Gougerot).

En général, il en est de même pour toutes les mycoses cutanées.

L'examen direct du pus et la biopsie ne donnant pas toujours de résultats positifs, il faut associer la culture à ces deux procédés de diagnostic.

La rareté des blastomycoses en France tient-elle à l'insuffisance des procédés de recherches techniques ? A en juger par la découverte des sporotrichum dans les lésions cutanées, cela est possible. Il y a donc lieu dans toute lésion cutanée de nature indéterminée, d'apparence pyogène et surtout néoplasique ou ulcéreuse, de rechercher s'il existe des blastomycètes.

Une première difficulté dans la recherche de ces parasites est la forme variable qu'ils présentent. On les rencontre en effet, soit à l'état globuleux : forme levure, soit à l'état filamenteux : forme de champignon. D'où la nécessité des cultures. Ces cultures se font sur tous les milieux, en particulier sur les milieux sucrés et acides, liquides ou solides.

Le liquide de Raulin, la gélatine, l'agar glyciné, la carotte, la pomme de terre constituent la base de ces milieux, auxquels on ajoute de la glycérine, de la maltose, du glucose. Les milieux utilisés pour la culture des sporotrichum sont tout indiqués.

L'ensemencement du pus, des exsudats et des fragments de tissus frais, ne donne pas toujours de résultats immédiats. Il faut quelquefois 4 à 5 repiquages.

Le développement se fait à la température du laboratoire ou à 37°, à l'air, les tubes n'étant pas encapuchonnés.

Ce développement est lent. Sur l'agar glyciné en particulier, la culture n'apparaît que du 8^e au 15^e jour, sous forme de taches étalées blanc grisâtre.

Examinées au microscope, les colonies sont à forme de levure ou filamenteuses, suivant l'activité de développement propre au milieu.

La technique d'examen des colonies se fait suivant les procédés de technique microbienne habituels, il n'est point de coloration spécifique pour les blastomycètes.

D'après Guilliermond (1), Potron (2) et Geguen (3), voici quelles sont les meilleures méthodes d'examen.

La fixation peut se faire indifféremment par la chaleur, le Flemming, le sublimé acétique, l'alcool à 95°. Mais la chaleur râtinant et le Flemming gênant les colorations, Guilliermond recommande la fixation par l'acide picrique en solution aqueuse concentrée suivie de lavage à l'alcool à 70°.

(1) GUILLIERMOND. *Th. doct. Fac. des sciences*, 1902. Storck (Lyon).

(2) POTRON. *Th. inaug.*, 1903, Nancy.

(3) GEGUEN. *Les champignons parasites de l'homme et des animaux*, 1904. Joanin (Paris).

Diverses colorations ont été recommandées, surtout pour la recherche dans les tissus.

Geguen conseille les colorations suivantes :

MÉTHODE DE BUSSE. — Coloration à l'hématoxyline, lavage à l'eau, recoloration dans la fuchsine phéniquée très étendue pendant 30 minutes à 24 heures ; alcool, xylol, baume.

MÉTHODE DE RAUM. — Bleu de méthylène, puis vésuvine.

MÉTHODE DE RUSSELL. — Fuchsine phéniquée, 10 minutes ; lavage à l'eau, alcool absolu pour différencier, ensuite vert d'iode phéniqué à 2 p. 100, alcool, girofle, baume.

M. Guilliermond a obtenu, par le procédé suivant, de très belles préparations.

MÉTHODE DE GUILLIERMOND. — Par l'hématoxyline au fer de Heidenhain. En voici le détail :

1° Mordancer pendant 4 à 6 heures dans une solution de fer ammoniacal à 2 1/2 p. 100 ;

2° Laver à grande eau ;

3° Colorer 24 heures dans une solution d'hématoxyline à 1 p. 100.

4° Décolorer dans la solution d'alun de fer ;

5° Laver ;

6° Colorer à l'éosine.

M. Guilliermond recommande de faire parallèlement la coloration à l'hémalun, pour éviter de fausses interprétations, provoquées par cette méthode.

MÉTHODE A L'HÉMALUN. — 1° Coloration à l'hémalun, 10 minutes à une demi-heure ;

2° Laver à l'eau distillée.

(Noyau bleu mat, sombre ; protoplasma bleu clair, corpuscules métachromatiques rouge sombre.)

En dehors de ces colorations de choix, toutes les méthodes de coloration microbienne donnent de bons résultats, aussi bien pour les coupes de tissus que pour les frottis de pus ou de culture ; pour ces derniers, les temps de coloration étant de beaucoup réduits.

Tels sont les points de technique qu'il nous a paru utile de signaler pour l'étude du diagnostic des mycoses cutanées.

Commission de l'huile grise.

La commission pour la revision de la formule pharmaceutique de l'huile grise se réunira à l'hôpital Saint-Louis, le jeudi 17 octobre à 9 heures et demie du matin.

Cette commission est composée de tous les membres qui ont pris part à la discussion récente qui a eu lieu devant la Société.

Elle a toute liberté pour s'adjoindre les personnes dont elle jugera utile de connaître l'opinion.

Le Secrétaire :

L. BRODIER.

Le Gerant : PIERRE AUGER.

SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1907

Présidence de M. Alfred Fournier.

SOMMAIRE. — Nécrologie. — Ouvrages offerts à la Société. — Correspondance imprimée. — A propos du procès-verbal : Nouvelles notes sur l'atoxyl, par M. HALLOPEAU. (Discussion: M. FOURNIER.) — Sur un cas de mycosis fongoïde avec lésions eczématiformes; régression des néoplasies après une ménorragie, par MM. HALLOPEAU et AINE. (Discussion: MM. de BEURMANN, DANLOS, LENGLET.) — Sur un cas de glossopathie fissuraire survenue deux mois après l'apparition du chancre, par MM. HALLOPEAU et RAILLIET. — Sur un chancre de la paupière inférieure, par MM. HALLOPEAU et RAILLIET. — Traitement de la séborrhée du cuir chevelu par le tétrachlorure de carbone soufré de M. DURET et considérations sur la pathogénie de cette hypersécrétion ainsi que des affections qui lui font suite, par M. HALLOPEAU. — Nouvelle seringue à injection d'huile grise de M. HORAND, par M. HALLOPEAU (Discussion: MM. LÉVY-BING, HALLOPEAU.) — Pityriasis rubra pilaire; ophtalmo-réaction négative, par MM. COURTELLEMENT et GASTOU. (Discussion: MM. de BEURMANN, MILIAN.) — Chancre syphilitique du thorax, par MM. GAUCHER et BORY. — Adipose douloureuse et paralysie pseudo-bulbaire, par MM. GAUCHER et NATHAN. — Exception à la loi de Colles-Baumes. Contamination d'une mère par son enfant hérédo-syphilitique, par M. GAUCHER. (Discussion: M. FOURNIER.) — Épidermolyse bulleuse dystrophique, par MM. BRODIER et MILIAN. — Une nouvelle préparation de calomel injectable, par MM. EUDLITZ, LAFAY et LÉVY-BING. (Discussion: MM. FOURNIER, LÉVY-BING, EUDLITZ, MILIAN.) — Leucoplasie linguale très étendue traitée par l'extirpation, par M. MORESTIN. (Discussion: MM. GAUCHER, FOURNIER.) — Cheiloplastie par destruction de la lèvre supérieure par syphilis tertiaire. Greffe d'une moustache, par M. MORESTIN. — Mutilation syphilitique du nez et de la lèvre supérieure. Atrésie des narines et de l'orifice buccal. Opérations réparatrices diverses. Rhinoplastie, par M. MORESTIN. — Cancer sur un loup de la face. Extirpation. Greffes dermo-épidermiques, par M. MORESTIN. — Ophtalmo-réaction et cuti-réaction tuberculeuse en dermatologie; loup tuberculeux et loup érythémateux, par MM. de BEURMANN et GOUGEROT. (Discussion: MM. GAUCHER, de BEURMANN, LENGLET.) — Deux plaques symétriques d'atrophie cutanée antibrachiale, par MM. DANLOS et BLANC. — Deux cas de syphilis secondaire chez des malades atteints de glossite exfoliatrice marginée avec langue scrotale, par MM. DANLOS et BLANC. (Discussion: MM. FOURNIER, GAUCHER, DANLOS.) — Quatre nouveaux cas de pellagre observés à Alger. Traitement par l'atoxyl, par M. BRAULT. — Quelques cas de lèpre tuberculeuse traités par l'atoxyl, par M. BRAULT. — Note à propos de l'ophtalmo-réaction chez les lépreux, par M. BRAULT.

Nécrologie.

M. A. FOURNIER. — Nous avons eu la douleur, ces vacances dernières, de perdre notre très distingué, très estimé, très aimé Président d'honneur, le Dr Doyon.

Doyon a succombé subitement, le 21 septembre dernier. En dépit de son grand âge (80 ans), il conservait l'intégrité de ses forces, de son intelligence et de ses qualités morales. Littéralement il est mort debout, ayant accompli jusqu'à son dernier jour les multiples, fatigantes et méritoires obligations du praticien.

Il appartiendra à notre secrétaire général de nous dire quel fut Doyon comme homme, comme médecin et comme savant. Je n'ai pour aujourd'hui qu'à le saluer, au nom de notre Société, de l'adieu suprême.

Pour les membres de notre Société deux traits caractériseront et conserveront le souvenir de Doyon.

En premier lieu ce fut parmi nous le père de la presse dermatologique. Il eut le mérite, le grand mérite de fonder non pas le premier journal de dermatologie, mais le premier journal dermatologique *qui ait vécu*, qui ait vécu grâce au labeur et à la persévérance de son Directeur, le premier journal dermatologique qui ait surmonté l'indifférence quasi-générale, disons même la défiance de quelques-uns contre ce qu'on appelait, à une époque déjà lointaine de la nôtre, les spécialités et les spécialistes. Fondé en 1868, le Journal de Doyon n'est autre que celui qui, par la force des choses, prospère aujourd'hui, devenu qu'il est notre instrument de travail, notre indispensable source de documentation.

D'autre part, Doyon a été l'introducteur parmi nous et le vulgarisateur de la dermatologie et de la syphiligraphie étrangères, de la grande École de Vienne principalement. C'est à lui que nous devons les traductions d'Hébra, de Kaposi, de Neisser, d'Auspitz, de Finger, etc. C'est lui qui a analysé, commenté pour nos Annales, depuis 40 ans, d'innombrables productions de la science d'outre-Rhin.

Est-ce assez dire qu'à ce double titre il a bien mérité de la dermatologie et de la syphiligraphie?

Aussi suis-je bien certain, Messieurs, d'être ici l'interprète de tous les membres de notre Société en adressant de votre part à la famille de notre cher Président d'honneur, le Dr Doyon, l'hommage de nos plus vives condoléances.

En votre nom j'offre à la mémoire de Doyon l'admiration, l'estime, le respect de tous — et qu'il me soit permis d'y ajouter les larmes de quelques-uns.

Ouvrages offerts à la Société.

M. FOURNIER. — J'ai l'honneur d'offrir à la Société un opusculé récent, ayant pour titre : *Pour en guérir*.

J'ai essayé d'établir dans ce livre quelques propositions que je crois neuves, notamment la suivante :

Que la grande poussée de parasymphilis se produit généralement de la 6^e à la 10^e année de la maladie, et, conséquemment, qu'il ne serait peut-être pas sans utilité de la combattre par quelques cures préventives auxquelles j'ai donné le nom de *cures de renforcement*.

J'ai l'honneur d'offrir à la Société un volume ayant pour titre :

UNNA. — Thérapeutique des maladies de la peau. — Traduction par MM. Doyon et Spillmann. Paris, 1908.

Correspondance imprimée.

HERXHEIMER UND HUBNER. — 10 fälle von Mycosis fungoïde mit Bemerkungen über die Histologie und Röntgentherapie. — Extr.: *Archiv für Dermatologie*, 1907.

HERXHEIMER. — Einige Bemerkungen zur Röntgentherapie der Hautcarcinom. Extr.: *Zeitschr. für Krebsforschung*, 1907.

HERXHEIMER. — Über lues maligna und Spirochete pallida. Extr.: *Verhandlungen der deutschen Dermatologie*. Berlin, 1907.

HUBNER. — Neue arbeiten über die Spirochete pallida. Ext.: *Dermatol. Zeitschr.*, 1907.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Nouvelles notes sur l'atoxyl.

Par M. H. HALLOPRAU.

Nous nous sommes efforcé d'établir par des preuves diverses que l'atoxyl allemand s'est montré maintes fois plus toxique que l'atoxyl français. Parmi elles, nous avons invoqué la constatation de produits altérés dans un échantillon fourni à M. Duret par la maison allemande; on nous a objecté que ce chimiste aurait commis une faute de préparation en chauffant le produit; il résulte des renseignements qu'il a bien voulu nous fournir que ce reproche n'est pas fondé; voici en effet comment il a procédé: il a mis, sans chauffer, l'atoxyl suspect en présence d'une solution de nitrate d'argent et constaté qu'il se formait un précipité rougeâtre caractérisant l'arséniate libre.

Autres faits. Dans notre communication récente au Congrès français de médecine, nous avons cité un fait en faveur d'une action abortive de l'atoxyl sur la syphilis: il s'agit d'un malade des plus intelligents et attentifs qui, après avoir subi un traitement par l'atoxyl d'un chancre induré datant de 3 semaines, avec adénopathies, n'a pas vu paraître, depuis 5 mois, d'accidents secondaires. Il est possible cependant qu'il n'y ait là qu'un retard. L'observation suivante, recueillie par M. Aine à notre consultation, nous en donne le témoignage.

Le nommé X..., âgé de 22 ans, étudiant en pharmacie, contracte un

chancre à la partie interne et inférieure du prépuce, au commencement (10 au 12) de mai 1907. Dès le diagnostic posé, le malade est soumis par nous au traitement par l'atoxyl ; il prend à la fin de chacun des trois repas, 25 centigrammes d'atoxyl, d'abord tous les jours pendant une semaine, puis tous les 2 jours pendant la deuxième semaine. Le chancre est alors cicatrisé, et le malade cesse tout traitement. S'observant minutieusement, il ne note aucun accident pendant quatre mois ; c'est seulement vers le 10 ou 12 septembre, qu'apparaît une roséole généralisée, pâle, avec manifestation buccale ; il prend alors de l'atoxyl aux mêmes doses que précédemment pendant 4 ou 5 jours. La roséole disparaît, ainsi que les plaques muqueuses buccales : elles n'ont duré que 8 jours. De petites plaques ont apparu de nouveau il y a une semaine sur les piliers du voile. Le malade a repris de l'atoxyl pendant 4 jours. Ce médicament a été bien toléré par l'estomac ; au bout du 3^e ou 4^e jour, il s'est produit une douleur intense au niveau du rebord des fausses côtes droites, continue avec exaspération et oppression et parfois une diarrhée légère ; ces accidents ont été passagers. Il ressort de nouveau de ce fait que l'atoxyl exerce une action puissante sur le tréponème et que, donné à doses élevées, il peut enrayer le développement de la maladie, en retarder les manifestations et en atténuer l'intensité.

M. A. FOURNIER. — En quoi ce malade a-t-il été amélioré de sa syphilis ?

M. HALLOPEAU. — Cette syphilis a été modifiée, car elle a été excessivement bénigne et retardée dans son évolution.

M. A. FOURNIER. — Qu'est-ce que cela démontre en ce qui concerne le point de savoir ce que sera cette syphilis dans 20 ans ?

**Sur un cas de mycosis fongolde avec lésions eczématiformes ;
régression des néoplasies après une ménorrhagie.**

Par MM. HALLOPEAU et AINÉ.

Ce cas de mycosis est le 36^e qu'il est donné à l'un de nous d'observer depuis son entrée à l'hôpital Saint-Louis, il y aura bientôt 24 ans. Tous ont été publiés et l'on peut s'assurer que chacun a présenté quelque particularité digne d'intérêt ; il en est ainsi de cette malade dont l'observation peut être résumée ainsi qu'il suit :

La nommée V..., âgée de 41 ans, salle Lugol, lit n^o 7. — Cette malade ne présente aucun *antécédent* digne d'être noté. Elle est entrée à Saint-Louis le 30 septembre 1907 pour des affections cutanées dont le début remontait à un mois. Il s'est agi d'abord d'une éruption généralisée, qu'un médecin considéra comme une urticaire. Cette éruption disparut rapidement pour faire place à celle qui existe aujourd'hui.

Au moment de l'entrée de V..., sa dermatose présente surtout, dans son ensemble, les caractères d'un eczéma papulo-vésiculeux.

Les lésions siègent aux membres inférieurs ; la jambe droite est peu

touchée ; on voit seulement quelques placards sur sa face interne ; ils descendent jusqu'à la malléole.

Du côté gauche, on trouve un placard isolé à la face interne de la cuisse ; il mesure environ 15 centimètres de largeur.

Les lésions principales siègent à la jambe ; elles s'étendent sur toute sa hauteur et tout son pourtour. Sur un fond rougeâtre, on aperçoit des éléments papulo-vésiculeux disséminés, modérément suintants, avec des traces de grattage et des excoriations superficielles ; ils sont accompagnés, par places, d'altérations d'aspect particulier : ce sont des plaques arrondies, un peu surélevées, siégeant, l'une à la partie supérieure de la face interne de la jambe, une autre à la même hauteur sur sa face externe, deux autres à sa partie inférieure ; ces plaques, arrondies et un peu saillantes, ont des contours mal dessinés ; leur coloration est rougeâtre, plus vive que le reste de la lésion ; leur aspect humide et brillant. Ces plaques firent penser, quelques jours après l'entrée de la malade à l'hôpital, à un mycosis, et ce diagnostic fut confirmé par l'examen histologique de M. Gastou.

Les lésions sont le siège d'un prurit intense, dont la malade se plaint vivement. Plusieurs ganglions inguinaux sont tuméfiés. Les membres inférieurs sont le siège de volumineuses dilatations variqueuses. L'examen général ne révèle rien de particulier.

Pendant le séjour de la malade à l'hôpital, les lésions de mycosis se confirment ; le 20 octobre, on trouve deux tumeurs, l'une au-dessus de l'autre, à la partie supérieure de la face interne de la jambe, deux autres à la face externe au même niveau. Au voisinage de chaque malléole se sont développées également deux tumeurs. Quelques éléments du début se sont affaissés et ont presque disparu sans évoluer en tumeurs véritables. Les néoplasies actuelles ont en moyenne de 2 à 3 centimètres de diamètre ; leurs bords se confondent insensiblement avec le tissu voisin ; surélevés de quelques millimètres, ils conduisent vers une partie centrale déprimée et d'aspect ulcéreux. L'ensemble est d'un rouge vif, d'apparence luisante et humide. Quelques-unes de ces tumeurs sont plus saillantes mais non ulcérées.

Vers la même date, on note à la partie supérieure de la région fessière droite une ulcération superficielle à fond rougeâtre et suintant, irrégulière.

27 octobre. — Après un retard de règles de plusieurs jours, la malade a eu une hémorragie très abondante.

Le lendemain, on note une amélioration surprenante des lésions eczématisiformes des deux membres inférieurs, avec diminution du prurit et affaissement notable d'une partie des tumeurs mycosiques ; d'autres sont restées stationnaires. Un traitement par le radium est commencé le 31 octobre.

5 novembre. — Il n'y a eu qu'une application de radium le 31 octobre. L'amélioration, déjà commencée avant ce traitement, se continue spontanément.

Déjà, les lésions eczématisiformes se sont considérablement atténuées ; quant aux tumeurs mycosiques, elles ont en partie disparu ; actuellement il n'en reste que trois, en voie d'affaissement. Le prurit est beaucoup moins intense.

Deux biopsies ont été faites le 28 octobre et étudiées par M. Rubens Duval.

Un fragment a été prélevé sur une tumeur siégeant à la malléole interne gauche, l'autre fragment, sur un placard d'aspect eczémateux situé à la face externe de la jambe gauche.

Pièces fixées à l'iodo-chlorure de mercure de Dominici ; inclusion à la paraffine. Colorations diverses, notamment à l'éosine orange et bleu de toluidine.

1° *Biopsie concernant la tumeur de la malléole interne.* — L'examen de la pièce montre des lésions typiques du mycosis fongoïde.

A un faible grossissement, on constate l'hypertrophie et l'allongement des cônes interpapillaires de l'épiderme contrastant avec l'aminicissement des parties planes du revêtement épithélial. Corrélativement à l'hypertrophie des cônes interpapillaires, on note l'allongement et l'augmentation dans toutes leurs dimensions des papilles du corps réticulaire. Le corps réticulaire présente une infiltration cellulaire abondante. Le *derme*, dont la structure générale est conservée, montre des flots inflammatoires disposés pour la plupart autour des vaisseaux sanguins.

A l'immersion, l'infiltration du corps papillaire est composite ; dans les mailles du tissu conjonctif distendu par l'œdème, on constate l'existence d'un nombre considérable de cellules appartenant à des types variés. Ce sont des leucocytes polynucléaires, avec prédominance des polynucléaires éosinophiles ; les mononucléaires sont plus nombreux encore, et parmi eux surtout les lymphocytes subissant la transformation en plasmazellen. Les capillaires lymphatiques sont distendus et renferment des lymphocytes en grand nombre. Au niveau du derme, les foyers périvasculaires se montrent constitués par du tissu conjonctif plus ou moins remanié suivant le type réticulé et contenant dans ses mailles un nombre considérable de lymphocytes qui se transforment ici encore en éosinophiles et en plasmazellen. En certains points les amas lymphoïdes forment de larges nappes constituées presque exclusivement par des lymphocytes et des éosinophiles et présentent la structure du lymphadénome.

2° *Biopsie concernant le placard eczémateux* de la face externe de la jambe gauche. A un faible grossissement, l'épiderme est d'apparence normale. Le corps papillaire présente çà et là des infiltrations cellulaires ; dans le derme on reconnaît également des flots cellulaires périvasculaires.

A l'immersion, l'infiltration cellulaire de ces régions se montre constituée par des mononucléaires avec prédominance des lymphocytes, par des plasmazellen et des éosinophiles.

On ne voit nulle part de point présentant à proprement parler la structure du lymphadénome. Il n'en est pas moins vrai qu'il y a une grande analogie entre ces lésions et celles qui existent au niveau de la tumeur nettement mycosique dont nous venons de parler. Ce sont des lésions de même ordre différant seulement d'intensité. Il est à remarquer que l'infiltration cellulaire est ici plus composite encore et singularisée par l'existence d'un nombre considérable de mastzellen de taille très volumineuse et poussant des prolongements en tous sens ; elles sont surtout nombreuses au niveau des papilles. Outre les mastzellen, on constate également la présence d'un certain nombre de cellules pigmentaires dont quelques-unes sont situées dans les papilles, et dont la plupart pénètrent entre les cellules épidermiques.

En résumé, la lésion saillante de la malléole interne présente la structure typique des tumeurs mycosiques ; celle de la peau de la face externe de la jambe présente les caractères histologiques principaux de la période de début de l'affection ou période prémycosique.

Ainsi donc, l'éruption uniformément rouge et persistante qui a précédé les tumeurs mycosiques et qui les accompagne, est elle-même de nature mycosique, et cependant, elle ressemble tellement à un eczéma qu'il serait impossible de l'en différencier, avant l'apparition des tumeurs, autrement que par un examen histologique qui eût paru superflu, d'autant plus que la présence de varices considérables expliquait suffisamment le développement d'une affection de cette nature.

On pourrait se demander s'il ne s'agirait pas d'un véritable eczéma servant de porte d'entrée ou de milieu de culture favorable à l'agent infectieux du mycosis ? cette interprétation est infirmée par les caractères mycosiques que présentent les altérations histologiques.

Il faut conclure de ce fait que le mycosis fongoïde en nappe peut revêtir tous les caractères d'un eczéma aussi bien que d'une urticaire et d'un érythème ; c'est une dermatose essentiellement polymorphe ; nous avons vu qu'elle s'est manifestée de premier abord chez cette malade par une éruption ortiée disséminée : elle a donc été généralisée avant de se localiser aux jambes.

Un fait remarquable chez cette malade est la régression tellement rapide après une ménorrhagie abondante qu'il a paru inutile de faire plus d'une séance de traitement par le radium : il semble bien qu'il y ait eu là relation de cause à effet, de telle sorte que l'indication de recourir à la saignée dans le but d'enrayer l'évolution de cette maladie, et même de la faire rétrocéder, se trouve désormais posée.

Tels sont les enseignements qui résultent de notre 36^e observation de mycosis fongoïde.

M. DE BEURMANN. — J'ai récemment présenté au Congrès français de médecine, l'observation d'un malade atteint de mycosis fongoïde qui a été traité et guéri par le radium : les tumeurs et le prurit ont disparu et l'état général ne laisse rien à désirer.

M. DANLOS. — Je doute que l'on puisse obtenir la guérison du mycosis par le radium. Jusqu'ici je n'ai pas eu l'occasion de voir un mycosis fongoïde vrai et étendu guéri par la radiothérapie.

M. LENGLET. — La radiothérapie est un excellent moyen de traitement du mycosis. Je l'ai employée dans 3 ou 4 cas de mycosis et je l'ai vue amener la régression des tumeurs.

Sur un cas de glossopathie fissuraire survenue deux mois après l'apparition du chancre.

Par MM. H. HALLOPEAU et RAILLIET.

Ce malade a eu son chancre à la fin du mois de juin 1907 ; il a remarqué, vers le 15 septembre, que sa langue se creusait de sillons.

Actuellement, nous notons chez lui des cicatrices pigmentées, reliquats de syphilides papulo-ulcéreuses pour lesquelles il a été soigné dans notre service au mois de juillet, des adénopathies inguinales, axillaires, sous-maxillaires et rétro-cervicales, une altération profonde de la voix qui est rauque et voilée, des papules ulcérées sur les lèvres et à leurs commissures. L'état de la langue, sur lequel nous nous permettons d'attirer l'attention, est le suivant : toute sa face dorsale est le siège de sillons entrecroisés, à bords indurés, parfois opalins ; leur profondeur atteint 5 millimètres ; l'aspect de l'organe est celui que l'on observe dans les phases tardives de la maladie. Ces altérations témoignent d'une puissance de régression que l'on n'observe pas d'habitude à cette période de la syphilis.

Sur un chancre de la paupière inférieure.

Par MM. H. HALLOPEAU et RAILLIET.

Cette localisation est exceptionnelle ; M. Gaucher ne l'a pas rencontrée une seule fois sur les 98 cas de chancres céphaliques qu'il a observés dans la Clinique de Saint-Louis, de novembre 1902 à avril 1905.

Le nommé Ernest S..., vernisseur, entre le 28 octobre 1907, salle Bazin, n° 34.

Antécédents héréditaires. — Père mort de laryngite tuberculeuse à 44 ans, mère à 34 d'une maladie de l'appareil respiratoire.

Antécédents personnels. — A 15 ans, pleurésie durant 5 semaines ; légère rechute l'année suivante.

Maladie actuelle. — Vers le 18 août 1907, le malade remarque un petit bouton induré, sur le milieu du bord libre de la paupière inférieure droite ; loin de guérir, ce bouton s'ulcère et s'agrandit progressivement. A la consultation de Saint-Joseph, le Dr Kopp pense à une lésion syphilitique. A l'Hôtel-Dieu, à la fin d'août, S... reçoit 7 injections intraveineuses de cyanure de mercure ; puis, il est soumis au traitement par le sirop de Gibert. Vers le 15 septembre, la lésion a acquis son maximum d'étendue. On a noté, depuis le commencement du mois, un ganglion mastoïdien gros comme une noisette.

A l'entrée du malade à l'hôpital, le chancre occupe toute l'étendue de la paupière inférieure aussi bien dans sa partie muqueuse que dans sa partie cutanée ; il présente sur cette dernière la forme d'un croissant à con-

cavité supérieure; son diamètre atteint, dans sa partie moyenne, environ 2 centimètres; sa surface est ulcérée et d'un rouge vif; elle est recouverte de bourgeons que séparent des sillons entrecroisés. Le ganglion mastoïdien n'est plus appréciable; il existe par contre des adénopathies sous-maxillaires et une jugulaire à droite.

Des plaques muqueuses occupent, l'une, le bord droit de la langue, depuis 3 semaines environ, une autre, le prépuce, près du sillon balano-préputial, d'autres, les bourses, d'autres siègent entre les orteils du pied gauche, ainsi qu'entre le premier et le deuxième et sur la face externe du deuxième orteil du pied droit.

Quelques papules squameuses viennent d'apparaître sur le bras droit. Les cheveux commencent à tomber.

On peut noter dans cette histoire morbide quelques particularités dignes d'intérêt.

En premier lieu, la *durée* du chancre est remarquable : alors que, d'après M. A. Fournier, elle ne dépasse pas 8 semaines, à moins de complications, elle atteint déjà chez ce malade la onzième, et la cicatrisation, qui marche rapidement depuis quelques jours sur la surface cutanée, est loin d'être complète; elle est nulle sur la partie muqueuse. De cette durée, résulte l'*effacement du ganglion direct* et la *concomitance d'accidents secondaires* dont le caractère bénin contraste avec l'intensité de la manifestation initiale. Les *dimensions* de ce chancre sont également inusitées; nous avons vu qu'il occupe une hauteur d'environ 2 centimètres dans toute sa partie médiane; il n'en est pas ainsi dans la plupart des cas. *Sa forme* en dos de livre mérite également d'être signalée. Nous n'avons pu élucider le *mode d'infection* : le malade nous dit seulement qu'il était atteint habituellement d'un certain degré d'irritation des paupières; il y aura eu là, sans doute, une porte d'entrée.

Traitement de la séborrhée du cuir chevelu par le tétrachlorure de carbone soufré de M. Duret et considérations sur la pathogénie de cette hypersécrétion ainsi que des affections qui lui font suite.

Par M. H. HALLOPEAU.

M. Duret expose ainsi qu'il suit les données relatives à sa nouvelle préparation :

« Le soufre étant un des principaux agents médicamenteux employés contre les manifestations séborrhéiques, l'auteur a cherché un mode d'emploi pratique de ce corps. Les lotions soufrées, tenant ce corps seulement en suspension, ne permettent qu'une application insuffisante; aussi l'auteur, partant de ce principe : *corpora non agunt nisi soluta*, a cherché un dissolvant approprié. La benzine, le sulfure de carbone, l'éther sont des corps très inflammables, causes déjà de nombreux accidents et sont en outre quelquefois irritants pour la peau; les huiles fixes, la lanoline, les huiles lourdes de goudron

ajoutent encore de la graisse là où l'on cherche au contraire à la faire disparaître ou au moins à en diminuer la production. Aussi l'auteur a-t-il arrêté son choix sur un corps capable de dissoudre les graisses et aussi le soufre : c'est le tétrachlorure de carbone, corps neutre, incombustible, non irritant pour les tissus à condition de s'adresser à un produit pur. Il se forme par l'action du chlore ou de différents agents chlorurants sur divers composés carbonés ; c'est ainsi que dans l'industrie on l'obtient en partant du sulfure de carbone ; mais, préparé ainsi, il a une odeur désagréable ; on peut le purifier en le traitant par une solution de potasse dans l'alcool pendant trente minutes à la température de 60° ; on lave ensuite par un excès d'eau pour enlever l'alcool ; on sèche ; puis on distille en présence d'une petite quantité de paraffine : on obtient ainsi un liquide incolore, non miscible à l'eau, d'une odeur éthérée et agréable, soluble dans l'alcool et l'éther. Il a la propriété de dissoudre le soufre, à la dose d'environ 2 p. 100 ; en s'adressant au soufre précipité et lavé exempt de toute trace d'hydrogène sulfuré, on a une dissolution inodore.

Cette préparation a l'avantage de dégraisser parfaitement les corps avec lesquels elle est mise en contact, de les pénétrer et de laisser après son évaporation très rapide une légère couche de soufre divisée à l'infini jusque dans les replis les plus intimes. L'auteur croit ainsi apporter un fait nouveau en même temps qu'une application pratique pour l'emploi du soufre dans le traitement antiséborrhéique. »

Quelle que soit la théorie à laquelle on se rattache en ce qui concerne la pathogénie de cette séborrhée, deux indications dominent son traitement : il faut, d'une part, enlever la graisse au fur et à mesure que se produit sa sécrétion exagérée, d'autre part, détruire les microbacilles d'Unna qui y pullulent.

Le nouveau médicament que vient de préparer M. Duret répond à cette double indication : il a la propriété d'enlever rapidement et complètement la graisse avec laquelle il se trouve en contact, et le soufre est par excellence l'agent destructeur du fin bacille : il suffit donc d'une lotion avec une petite quantité de cette solution pour enlever la graisse et détruire les microbes qui se trouvent à la surface du cuir chevelu en y déposant une mince couche de soufre pulvérulent.

Cette application, des plus faciles, sera avantageusement substituée aux savonnages qui ont l'inconvénient de laisser trop longtemps mouillé le cuir chevelu et peuvent ainsi provoquer, chez des sujets prédisposés, des phlegmasies des voies respiratoires. On a reproché au tétrachlorure, corps voisin du chloroforme, de provoquer comme lui une somnolence passagère : nous ne l'avons pour notre part jamais éprouvée.

Le seul inconvénient qu'il nous paraisse présenter est celui de pro-

voquer, lorsque l'on en renouvelle trop fréquemment l'application, une légère irritation ; il faut s'en tenir généralement à deux lotions par semaine. Ajoutons enfin qu'il a sur un autre sel de carbone préconisé contre la séborrhée, le sulfure, cet avantage que, loin de prédisposer à la combustion, il lui est plutôt réfractaire : il n'est donc pas besoin de prononcer à son égard les réserves usuelles concernant les mesures à prendre contre la possibilité d'incendie de la chevelure.

L'action dégraissante a-t-elle seulement pour objet de permettre au médicament de se trouver en contact avec le parasite ? ou a-t-elle une influence par elle-même sur la pathogénie des altérations ? On sait que deux théories sont en présence : suivant l'une, dont M. Sabouraud est le défenseur, la prolifération microbienne est le fait initial ; elle a pour conséquence l'exagération de la sécrétion sébacée ; pour M. Jacquet, comme pour nous-même, ainsi que nous l'avons indiqué notamment dans notre Traité de dermatologie, la séborrhée se développe indépendamment de son microbe qui n'est qu'un commensal. Une des causes principales de cette hypersécrétion est, suivant nous, l'habitude de maintenir les cheveux coupés court : à l'état physiologique, les cheveux de l'homme devraient tomber, comme ils le font habituellement chez la femme, plus ou moins bas dans la région dorsale ; les glandes sébacées annexées à leurs follicules seraient donc susceptibles de fournir la quantité de graisse nécessaire pour lubrifier des cheveux de cette longueur ; or cette graisse doit nécessairement s'accumuler lorsqu'elle n'est plus utilisée que par des cheveux de 3 ou 4 centimètres de longueur, et s'altérer ; on conçoit qu'elle devienne ainsi un milieu de culture favorable au développement du fin bacille ; celui-ci à son tour engendre des toxines qui donnent lieu secondairement, suivant leur degré d'activité et le mode de réaction du cuir chevelu, à du pityriasis ou à de l'eczéma. Cette théorie nous paraît se bien tenir dans son ensemble et fournir une explication rationnelle des phénomènes complexes de la séborrhée du cuir chevelu : à ce double titre, nous la considérons comme des plus vraisemblables ; elle justifie la médication recommandée ci-dessus.

Nouvelle seringue de M. R. Horand pour les injections d'huile grise.

Par M. H. HALLOPEAU.

J'ai l'honneur de présenter à la Société, de la part de notre collègue M. René Horand, une nouvelle seringue à injections d'huile grise toute en verre ; elle a l'avantage d'être inoxydable, inaltérable par le mercure et stérilisable ; elle a 20 divisions dont chacune répond à un centigramme de mercure métallique de l'émulsion huileuse à 40 p. 100 ; le calibre intérieur du tube étant très fin, les écarts

du piston sont considérables et facilement appréciables; comme aide-mémoire, le tube porte gravée la signification des divisions; enfin, un curseur adapté à la seringue protège le piston en même temps qu'il indique automatiquement et exactement le nombre de centigrammes de mercure injectés.

Cet instrument paraît de nature à rendre de réels services aux praticiens en même temps qu'il contribuera à éviter les erreurs déplorables de pratique qui ont été commises avec la seringue Pravaz.

M. LÉVY-BING. — Cette seringue de Horand est identique à la seringue construite il y a 5 ans par moi sur les indications de Barthélemy.

M. HALLOPEAU. — Elle en diffère par l'adjonction du curseur.

Pityriasis rubra pilaris. Ophtalmo-réaction négative.

Par MM. V. COURTELLEMONT et GASTOU.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société un malade atteint de pityriasis rubra pilaris, dont l'histoire offre quelques points intéressants.

Il s'agit d'un enfant, G..., Marcel, âgé de 8 ans, qui est venu consulter le 10 avril 1907 pour des lésions cornéennes des mains et des pieds datant de 3 semaines.

Son père est éthylique et nerveux; sa mère est nerveuse aussi. Un oncle de l'enfant (frère de la mère) a succombé à l'âge de 33 ans à une pleurésie associée à une péritonite; sa maladie avait duré 5 mois.

La mère n'eut pas de fausses couches; elle mit au monde trois enfants, tous à terme; les deux frères de notre malade sont en bonne santé.

Notre sujet eut, à l'âge de 4 ans, un abcès de la région thoracique latérale droite; cet abcès s'ouvrit spontanément au bout d'un mois et ne guérit qu'après deux mois de suppuration. Jamais il n'occasionna la moindre douleur. La cicatrice qu'il laissa est ovale, à bords irréguliers; elle est légèrement gaufrée.

A 3 ans il eut la rougeole, à 6 ans la varicelle, dont il lui reste quelques cicatrices blanches; il se portait bien, mais il était un peu pâle.

Histoire de la maladie actuelle. — C'est vers le 17 mars 1907 que la mère s'aperçut des premiers symptômes; à cette date elle remarqua, pour la première fois, des squames dans les plis de flexion des deux dernières phalanges des deuxième et troisième doigts de chaque main. Quelques jours plus tard, elle vit des squames semblables au niveau des deux tendons d'Achille; à partir de ce moment, les lésions s'accroissaient chaque jour d'une façon très rapide, soit qu'elle s'étendissent, soit qu'il se formât des plaques nouvelles, distinctes des premières. Elles atteignirent ainsi l'état que nous avons constaté le 10 avril.

Huit jours après l'apparition des premières squames, l'enfant commença à prendre un sirop arsenical, contenant de l'arséniate de soude (2 milli-

grammes d'arséniate de soude et 0^{rr}.60 d'iodure de potassium par jour). Il prit de ce sirop, du 25 mars au 10 avril, c'est-à-dire pendant 15 jours.

En dehors de ce commémoratif, aucune cause d'intoxication, aucun traumatisme local ne put être relevé ni pendant, ni avant le début de la maladie.

État au 10 avril 1907. — Ce qui dominait, c'étaient les lésions des mains et des pieds, consistant en hyperkératose et en rougeur sous-jacente.

L'hyperkératose prédominait aux faces palmaires et plantaires, elle s'y présentait sous la forme d'une plaque cornée lisse, luisante, laissant voir par transparence la couleur rouge foncé du derme sous-jacent ; elle était renforcée par places, par des épaississements cornés, qui n'affectaient pas le type de corps arsenicaux, mais étaient plus étalés, diffus, sans limites précises. Au niveau des plis de la main et des doigts, au talon, derrière le tendon d'Achille, à la plante des pieds, ces lésions étaient creusées de crevasses plus ou moins profondes, qui rendaient la marche et les mouvements des mains très pénibles. Hyperkératose et rougeur occupaient toute l'étendue de la surface palmaire et plantaire des deux mains et des deux pieds, sans intervalle de peau saine. Elles contournaient les bords de la main et du pied ; au pied elles se terminaient à l'union de ces bords avec la face dorsale, sauf au talon où elles se prolongeaient jusqu'au-dessous de l'insertion du tendon d'Achille ; à la main, elles empiétaient d'un bon centimètre sur la face dorsale, et recouvraient la face dorsale des deux dernières phalanges de chaque doigt. Aux pieds comme aux mains, leur limite était nettement marquée. Chaque tête métacarpienne, à la face dorsale des mains, était le siège d'une plaque d'érythème foncé, plus ou moins corné. Nulle part on ne trouvait, sur les mains, les doigts ou les poignets, de cônes pilaires.

Les ongles des doigts et des orteils étaient épaissis ; la mère avait remarqué ce détail depuis le début des lésions cutanées.

Les deux coudes et les deux genoux portaient des plaques rouges et squameuses, à plis exagérés : les squames n'y présentaient pas le caractère nacré et brillant des squames psoriasiques, elles étaient un peu ternes, minces, leur grattage ne déterminait pas de piqueté sanguin.

Des plaques des deux coudes descendait, jusqu'au quart inférieur de l'avant-bras, le long du bord cubital, une traînée éruptive constituée par une peau érythémateuse, portant des plis exagérés et finement squameuse.

Des plaques analogues à celles du bord cubital, mais plus petites, existaient encore en quelques autres points du corps : en haut du sillon interfessier, sur les deux fesses, sur chaque malléole tibiale et péronière.

Toutes ces plaques sont sans limites précises, sans bordure périphérique.

À la face, on remarque trois petites plaques d'érythème finement squameux : deux sur le menton, de chaque côté de la ligne médiane et une au-devant du tragus de l'oreille gauche ; à la nuque, à la limite du cuir chevelu, se voient deux petites plaques semblables. Ces plaques de la tête seraient, d'après la mère, le vestige d'un impétigo que l'enfant aurait eu un mois auparavant. Il existe quelques lentes dans les cheveux.

La peau du tronc avait un aspect finement grenu, dû à l'existence de très nombreuses petites saillies blanchâtres. La mère n'avait remarqué cette anomalie que depuis 4 ou 5 jours.

Les muqueuses étaient indemnes de toute lésion ; il n'y avait et il n'y avait jamais eu ni prurit, ni trouble fonctionnel quelconque (en dehors de la gêne due aux crevasses des mains).

Le traitement institué consista dans la suppression immédiate du sirop arsenical, dans l'administration de bains quotidiens et l'application de glycérolé d'amidon sur les mains et les plaques érythémateuses pendant la nuit. Quelques lotions sur le cuir chevelu à l'aide de la lotion parasiticide firent disparaître les lentes.

Évolution ultérieure. — Sous l'influence manifeste du traitement, l'état kératodermique des mains et des pieds subit une amélioration rapide, tout en conservant d'ailleurs ses caractères essentiels, l'hyperkératose y était moindre, les crevasses aussi. Cette atténuation, rapide pendant les premières semaines, continua mais très lentement depuis.

Les autres manifestations passèrent d'abord par une période d'exacerbation, puis par une phase de rémission. Pendant la poussée, qui dura jusqu'à la fin du mois de juin, l'état granité du tronc s'accrut (dès le 18 avril), le cuir chevelu devint (dès le 24 avril) le siège d'une desquamation pityriasique et de nombreuses plaques rouges faiblement desquamantes (ces plaques, dont les dimensions variaient entre celles d'une lentille et celles d'une pièce de 2 francs, n'avaient pas de bords nettement marqués, elles prédominaient en arrière de la tête), enfin de nouvelles plaques érythémateuses et finement squameuses apparurent en divers points du corps : deux petites à la face (une au-devant du tragus droit, une sur le nez, en sorte que la face portait cinq plaques de ce genre : deux au menton, deux latérales au-devant des oreilles, une médiane nasale), — deux plaques poplitées, une sur chaque membre, verticale, siégeant sur la saillie formée par le tendon du biceps, — une plaque trochantérienne droite, sur la saillie du grand trochanter de ce côté, — et une plaque ombilicale, sur la partie saillante du nombril.

A partir du mois de juillet, se produit la rémission : les lésions du cuir chevelu, de la face, l'état granité du tronc, la plupart des plaques du corps, celles du bord cubital des mains disparaissent.

Mais il faut noter l'apparition de cônes pilaires. Ces cônes pilaires des mains et de la première phalange des doigts extrêmes se sont développés en des points occupés auparavant par une kératodermie accusée, et ils se sont montrés à mesure que cette kératodermie s'atténuait. C'est le 16 mai qu'on en vit la première ébauche sous la forme de points noirs ne faisant pas saillie, ne donnant pas la sensation de râpe. A la fin de juin 1907 ils étaient devenus typiques (saillies cornées périfolliculaires, sensation de râpe) et le restèrent depuis.

État actuel au 1^{er} novembre 1907. — Depuis quelques semaines, se dessine une légère reprise des accidents. L'état granité du corps n'a pas reparu ; le cuir chevelu n'a comme lésion qu'une croûte, entourée d'une zone eczémateuse, à la partie inférieure de la nuque ; à la face, se voient quelques taches, très petites, légères, susceptibles de passer inaperçues à un examen rapide ; ce sont les deux du menton, celle du nez, et une au-devant du tragus droit, elles ne sont pas squameuses. Les coudes portent une plaque d'érythème légèrement squameux à peau profondément plissée. Il existe des

cônes cornés manifestes sur le bord cubital des deux avant-bras, au-devant des genoux (plaque sur une zone d'érythème foncé), sur la face externe des deux jambes, au-devant du ligament annulaire antérieur du cou-de-pied.

Les mains et les pieds présentent toujours une hyperkératose palmaire et plantaire avec rougeur sous-jacente, mais l'hyperkératose y est réduite à une plaque mince, brillante, sans épaissements disséminés et sans crevasses. A la face dorsale, taches érythémateuses cornées sur le dos des têtes métacarpiennes, empiètement de la kératodermie palmaire sur les bords de la main et des doigts, atteinte des deux dernières phalanges de chaque doigt. Les cônes pilaires sont nettement visibles sur les deux bords de la main (sur le bord radial surtout) et sur la première phalange du pouce ; ici comme sur les autres régions énumérées plus haut, ce sont des saillies dures, cornées, donnant la sensation de râpe, leur base se continue avec l'épiderme avoisinant, leur sommet tronqué est fréquemment centré d'un point noir. Sur l'index et l'annulaire, les cônes ne font pas de saillie appréciable et se montrent seulement sous la forme de points noirs, ils paraissent recouverts par la lame cornée de kératodermie, le médius et l'annulaire n'en portent pas.

Ongles épaissis, surtout aux orteils. Rien aux muqueuses. Il y a toujours absence de troubles fonctionnels (prurit, etc.).

L'examen des viscères et des urines n'a rien révélé d'anormal. Les reflexes tendineux (rotuliens, achilléens, etc.), les réflexes cutanés (gros orteil, crémasterien, abdominal), l'état de la sensibilité à la piqûre, l'état des organes sensoriels sont absolument normaux.

En résumé, pityriasis rubra pilaire, qui, après une poussée de plusieurs mois, est entré dans une phase de rémission. Le diagnostic est évident et nous ne nous attarderons pas à le discuter : les manifestations actuelles (les cônes pilaires des poignets, du pouce et de diverses autres régions du corps, la symétrie des lésions, l'érythro-kératodermie plantaire et palmaire, les localisations des coudes et des genoux, l'absence de lésion des muqueuses, l'absence de prurit) sont plus que suffisantes pour l'imposer ; elles deviennent plus classiques encore si on les rapproche des altérations de la face, du cuir chevelu et du granité de la surface du corps, observés au cours de la poussée des mois d'avril, mai, juin.

Quatre particularités sont à relever dans ce cas.

Il n'est pas impossible que l'administration du sirop arsenical, commencé 8 jours après le début de la maladie, ait aggravé les accidents initiaux ; cette hypothèse est d'autant plus plausible que ces accidents ont revêtu presque entièrement le masque d'une kératodermie plantaire et palmaire. Nous avons été frappé de la rapidité avec laquelle ces lésions kératodermiques ont régressé pendant les semaines qui ont suivi la suppression de ce sirop. Quelques auteurs ont signalé les effets défavorables de l'arsenic dans le pityriasis rubra pilaire.

Signalons en second lieu le début et la prédominance des symptômes au niveau des mains sous forme d'érythro-kératodermie.

Le mode d'apparition des cônes pilaires au niveau des mains et des doigts a été nettement observé par nous ; tant qu'il existait à la face dorsale de ces régions une hyperkératose très accusée, on ne trouvait pas de cônes pilaires ; ceux-ci ne se sont montrés qu'au fur et à mesure de la diminution de cette hyperkératose ; on vit d'abord des points noirs, et ensuite des saillies véritables. Les cônes pilaires de ces régions sont restés d'ailleurs limités à la partie érythro-kératodermique. Ils n'ont été bien développés que 3 mois après le début de la maladie.

Enfin ce cas amène à nouveau en discussion la question de la nature tuberculeuse du pityriasis rubra pilaire. L'enfant n'a aucun signe de tuberculose actuelle, mais il a eu, selon toute vraisemblance, un abcès froid il y a 4 ans ; un de ses oncles a succombé à une affection très probablement tuberculeuse. Il était intéressant de rechercher s'il réagirait à l'épreuve de la tuberculine. On sait que M. Milian a obtenu, chez un malade atteint de la même dermatose, une ascension de température après injection sous-cutanée de tuberculine. Nous avons eu recours à l'ophtalmo-réaction à deux reprises différentes ; ces deux épreuves ont été faites fin septembre, à l'aide de la tuberculine délivrée à cet usage par l'Institut Pasteur de Lille ; la première instillation dans l'œil d'une goutte d'une solution à 1 p. 200, selon la formule que Comby préconise chez l'enfant, ne fut suivie d'aucune rougeur. La seconde épreuve, faite 10 jours après la première, instillation d'une goutte d'une solution à 1 p. 100, selon la formule de Calmette, ne donna pas plus de résultats que la précédente. Ces épreuves ont été faites avec toute la patience et le soin désirables, tant pour assurer le contact prolongé du liquide sur la conjonctive que pour en surveiller les effets. Leur résultat n'est qu'un résultat négatif ; il eût peut-être été différent après une cuti-réaction ou une injection sous-cutanée de tuberculine, nous n'en tirerons, par conséquent, aucune conclusion.

M. DE BEURMANN. — Je pourrais vous montrer un malade analogue à celui de M. Courtellemont. Chez ce malade, qui a un pityriasis rubra pilaire typique, l'ophtalmo et la cuti-réaction ont été négatives, l'injection de tuberculine également.

M. MILIAN. — Il est impossible de tirer une conclusion du fait présenté par M. de Beurmann, étant donné que nous ne sommes pas suffisamment renseignés sur la technique suivie. Il est absolument important, pour dire que l'injection sous-cutanée de tuberculine a été négative, de suivre la technique qui a été indiquée par Moeller et Ostrowsky et que tout le monde applique aujourd'hui, c'est-à-dire d'injecter 2/10^e de milligramme, plusieurs

fois de suite à quelques jours d'intervalle. La première injection sensibilise le sujet et, dès lors, il réagit à la 2^e, 3^e ou 4^e injection, alors qu'il reste insensible aux premières.

D'autre part, on ne peut tirer quelque conclusion du résultat négatif de l'ophtalmo-réaction, car cette réaction est trop infidèle. Les recherches de Nobécourt et Mantoux, pour ne citer que celles-ci parce qu'elles sont expérimentales, ont montré que chez des tuberculeux avérés, l'ophtalmo-réaction a été négative dans plus de la moitié des cas, exactement 8 fois sur 15.

Chancre syphilitique du thorax.

Par MM. GAUCHER et BORY.

La nommée X..., 18 ans, entre le 17 septembre 1907 à la salle Henri-IV dans le service de M. le professeur Gaucher, pour des plaques muqueuses vulvaires datant de 8 jours. L'accident primitif était passé inaperçu à la malade ; cependant en l'examinant, nous découvrons un peu au-dessous du sein gauche, immédiatement sur le rebord costal, une érosion en saillie, remarquablement arrondie et indurée. Il s'agit, à n'en pas douter, d'un chancre syphilitique du thorax. Ce chancre a la dimension d'une pièce de 50 centimes ; sa surélévation, sa couleur rose uniforme, sa limitation absolue sont caractéristiques. Il n'existe pas d'adénopathie dans l'aisselle. Mais on trouve dans l'aîne de gros ganglions mobiles et durs.

La malade est en pleine roséole. Sur les grandes lèvres, on voit des plaques muqueuses érosives et ulcéreuses.

Enfin dans la bouche on trouve encore une plaque érosive sur la voûte palatine.

Comme la malade est enceinte de 8 mois, il est urgent de la mettre au traitement mercuriel. Elle est soumise aux piqûres de benzoate de Hg. à 0^{gr},02.

Le 24 octobre, elle finit sa deuxième série de 15 piqûres. La roséole a complètement disparu ; le chancre n'est plus représenté que par une macule arrondie, un peu surélevée au centre.

Quelle était l'origine de ce chancre extra-génital ? La malade ne se rappelle pas avoir été égratignée, ni mordue, ni plus fortement embrassée à l'endroit où siégeait son chancre.

C'est en raison du siège exceptionnel de ce chancre que nous avons jugé utile de publier cette observation.

Ajoutons que depuis le jour où la malade nous a quittés, elle a donné le jour à un superbe enfant ne paraissant avoir aucune tare héréditaire, fait qui n'a pas manqué de frapper M. le Dr Tissier.

Adipose douloureuse et paralysie pseudo-bulbaire.

Par MM. GAUCHER et NATHAN.

La malade qui fait l'objet de cette présentation est une femme de 51 ans, atteinte d'une paralysie pseudo-bulbaire indubitable

(affaiblissement intellectuel, parésie symétrique du facial inférieur empêchant la malade de siffler, de souffler et entravant la préhension des aliments, affaiblissement des mouvements des membres supérieurs et inférieurs, avec exagération des réflexes, signe de Babinski bilatéral; démarche typique de pseudo-bulbaire, rire et pleurer spasmodiques, hémiplégie gauche transitoire il y a quatre ans).

Cette hémiplégie semble avoir été le symptôme initial ; c'est à cette époque également que semble remonter le début de l'adipose douloureuse ; cette dernière coïncidant avec la ménopause, fait habituel à la maladie de Dercum. L'adipose est localisée aux membres inférieurs ; le cou, les membres supérieurs sont absolument indemnes ; mais elle affecte ici une disposition un peu spéciale. Elle participe à la fois du lipome symétrique et de l'adipose diffuse.

Le membre est augmenté de volume dans son ensemble, mais relativement peu ; l'adipose cesse, suivant la règle, au-dessus du cou-de-pied, affectant l'aspect classique du « pantalon de zouave ». A cette augmentation en masse du membre, s'ajoutent deux lipomes volumineux qui occupent la face interne du genou. Pas de douleurs spontanées.

La palpation des masses lipomateuses est légèrement douloureuse.

Il s'agit donc d'une maladie de Dercum. Les troubles psychiques sont fréquents au cours de l'adipose douloureuse ; ils ont été attribués tour à tour à des viciations de la sécrétion interne du corps thyroïde et de l'ovaire : la coïncidence de la maladie de Dercum avec la ménopause semblait apporter un appoint à cette théorie que contredirait l'échec de tous les traitements opothérapiques.

Chez notre malade, les troubles psychiques sont nettement liés à la paralysie pseudo-bulbaire : l'association de ces deux affections, qui ont débuté simultanément, présente un certain intérêt au point de vue pathogénique ; et la présence de troubles psychiques chez certains sujets atteints de maladie de Dercum pourrait peut-être dépendre de lésions lacunaires dont la symptomatologie resterait plus ou moins fruste.

Exception à la loi de Colles-Baumes. Contamination d'une mère par son enfant hérédo-syphilitique.

Par M. GAUCHER.

(Observation prise par M. Bory, interne du service.)

La nommée X..., 23 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Gaucher, le 29 juillet 1907.

Elle présente sur le sein droit deux chancres indurés typiques datant de 2 mois. Une énorme adénopathie axillaire, indolente, siège du côté correspondant.

La malade était en pleine roséole le jour de son entrée, et le diagnostic ne pouvait être douteux.

L'étiologie de ces deux chancres était plus difficile à déterminer. Cette femme était en effet accompagnée d'un enfant de 9 mois également syphilitique et, qui plus est, *syphilitique héréditaire*; les accidents qu'il présentait avaient précédé d'un mois dans leur apparition ceux de la mère, juste le temps nécessaire à l'incubation morbide.

Au moment de sa naissance, cet enfant présentait dans la paume des mains et à la plante des pieds de larges bulles pleines d'un liquide noirâtre qui s'affaissèrent et desquamèrent très rapidement. Jusqu'à l'âge de 6 mois il n'eut pas d'autre accident; — puis il fut soigné pour une bronchite avec fièvre, accompagnée d'un coryza avec obstruction nasale, écoulement séropurulent verdâtre. Au bout d'une quinzaine de jours, la guérison survint.

Puis la mère vit apparaître sur la fesse droite une plaque eczémateuse qui guérit en 8 ou 10 jours, tandis que se formaient tout autour des éléments ressemblant à de gros furoncles. Un médecin incisa même certains d'entre eux.

Enfin l'éruption se généralisa; au moment de l'entrée à l'hôpital, on pouvait voir :

1° Des plaques muqueuses fissuriques, labiales et commissurales, et un facies caractéristique de syphilis héréditaire;

2° Une éruption cutanée polymorphe : a) Sur tout le corps sont disséminées des taches, grandes et petites, foncées, d'un rouge sombre, violacé, plus ou moins régulièrement arrondies et surtout abondantes, confluentes même, sur le dos et les fesses; b) Au milieu de ces taches cuivrées on découvre des lésions érosives et papulo-érosives régulièrement rondes; c) Sur les cuisses et sur la tête, des saillies rondes, violacées, véritables tubercules cutanés et sous-cutanés, laissent voir par transparence un contenu jaunâtre, purulent; d) Dans les cheveux enfin existent des lésions croûteuses.

Enfin on notait chez cet enfant un léger strabisme convergent, des déformations craniennes, de l'asymétrie faciale.

Jamais l'enfant n'a été confié à une nourrice étrangère, susceptible de le contaminer; du reste l'hérédité de sa syphilis, comme on vient de le voir, ne peut faire aucun doute. La mère d'autre part n'a eu aucun rapport sexuel depuis sa grossesse; son infection par un étranger serait d'ailleurs tout aussi anormale.

Le traitement mercuriel fut institué immédiatement :

Pour la mère : injection de benzoate d'Hg. 0^{gr},02, pendant 15 jours; puis 6 jours de pilules de Dupuytren.

Pour l'enfant : pendant 5 jours, 3 fois XV gouttes de la solution de lactate d'Hg.; un peu de diarrhée verte étant survenue, on remplace les gouttes par des frictions.

Les deux malades sortent le 20 août, les deux chancres de la mère sont cicatrisés, sans que d'autres accidents se soient montrés.

Quant à l'enfant, il avait eu encore quelques bulles purulentes ; puis s'était progressivement amélioré. Il ne lui restait à son départ que la trace pigmentée de son éruption.

Cette observation exceptionnelle, mais néanmoins très troublante, doit servir de base à un mémoire de mon interne M. Bory, qui a réuni un certain nombre d'observations semblables, appartenant à différents auteurs. Ce mémoire paraîtra prochainement dans les *Annales des maladies vénériennes*.

M. FOURNIER. — Les exceptions à la loi de Colles sont très rares. Je sais qu'il en a été signalé des exemples, mais je n'en ai jamais vu pour ma part.

Épidermolyse bulleuse dystrophique.

Par MM. L. BRODIER et MILIAN.

M..., Berthe, fillette âgée de 30 mois, entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Hallopeau, le 18 septembre 1907.

Les renseignements qu'on a pu obtenir sur ses antécédents sont très incomplets. On sait seulement que la mère n'a pas d'autre enfant et que personne dans la famille n'a ou n'a eu de lésions bulleuses. Il est même impossible de préciser la date du début de l'affection actuelle ; l'enfant a été placée en nourrice jusqu'à l'âge de 6 mois et c'est au moment où la mère l'a reprise qu'elle a constaté la présence de bulles sur le corps de l'enfant.

ÉTAT ACTUEL (18 septembre). — *Cuir chevelu*. — Les cheveux sont blonds, assez clairsemés, surtout vers les parties latérales et à l'occiput. Dans ces régions, on constate 4 plaques alopéciques irrégulièrement arrondies ; la plus grande de ces plaques siège sur la partie latérale droite du cuir chevelu, elle est ovale et son plus grand diamètre, dirigé d'avant en arrière, mesure environ 3 centimètres. Les autres plaques sont mal limitées et ont les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Au voisinage du vertex, se trouvent 3 croûtelles irrégulières et un peu allongées d'avant en arrière. Il existe quelques lentes sur les cheveux.

On ne constate pas de kystes épidermiques sur le cuir chevelu.

Les *sourcils* sont normaux.

Les deux *oreilles* présentent des kystes épidermiques. Sur l'oreille gauche, ils siègent à la partie supérieure de l'hélix et à la face postérieure du pavillon ; ils sont très nombreux, blancs, durs, du volume d'une fine tête d'épingle.

Sur l'oreille droite, ils siègent exclusivement sur l'anthélix et sont moins nombreux que sur l'oreille gauche.

Le *front* offre, un peu à gauche de la ligne médiane, une surface arrondie, grande comme une pièce de 2 francs, de coloration rouge, un peu déprimée, et d'aspect cicatriciel. Toute la partie moyenne du front est couverte de kystes épidermiques, les uns disséminés, les autres agglomérés en petits groupes ; un de ces groupes, du volume d'une lentille, est situé un peu au-dessus de la racine du nez ; il est formé de 8 kystes épidermiques ; la peau à ce niveau est tout à fait normale.

Au niveau de la *région malaire droite*, se trouve une petite tache rouge, irrégulièrement arrondie, ayant les dimensions d'une pièce de 1 franc, un peu déprimée et cicatricielle; cette tache est couverte de 5 kystes épidermiques.

La *joue gauche* présente 5 petites macules disséminées, irrégulières, rougeâtres, couvertes de kystes.

L'aile droite du lobule du *nez* est surmontée d'une croûte irrégulièrement arrondie; l'aile gauche offre une macule rougeâtre, croûteuse sur son bord externe, sans kystes épidermiques. Le menton et les lèvres sont respectés.

A la partie antéro-supérieure du thorax, on note la présence de deux petites ecchymoses jaune verdâtre, dont l'origine est indéterminée. De même, à la partie externe de la cuisse droite, il existe une ecchymose plus considérable, violacée, d'origine également inconnue. Il est à remarquer qu'aucune bulle ne s'est développée au niveau de ces ecchymoses.

Au niveau de la *dépression ombilicale* se trouve une bulle, qui existait déjà, il y a 3 jours, quand l'enfant fut conduite à la consultation de l'hôpital. Cette bulle est petite, du volume d'un petit pois, tendue, et remplie par un liquide citrin; elle repose sur une peau saine, sans aréole inflammatoire.

La *région lombo-sacrée* est occupée par plusieurs petits groupes de kystes épidermiques agglomérés.

MEMBRES SUPÉRIEURS. — Sur les membres supérieurs, les lésions prédominent à la face postérieure des coudes et surtout à la face dorsale des doigts.

A la face postérieure du *coude gauche*, se trouve une large tache, irrégulièrement arrondie, grande comme une pièce de 2 francs, rouge violacé, un peu exulcérée à sa partie supérieure; cette tache ne présente de kystes épidermiques que sur la partie cubitale de sa surface.

A la face postérieure du *coude droit*, se trouvent deux surfaces rouges, arrondies, situées l'une au-dessus de l'autre. La macule inférieure est légèrement exulcérée, sans kystes épidermiques; la macule supérieure a un aspect nettement cicatriciel et elle est couverte de kystes.

A la partie inférieure et antérieure du *bras droit*, on constate deux placards blanchâtres, un peu cicatriciels, entièrement couverts de kystes épidermiques agglomérés.

Sur la face dorsale du *poignet droit*, on observe 3 petites macules rougeâtres, d'aspect cicatriciel, et, en dehors de celles-ci, plusieurs petits groupes de kystes épidermiques.

La face dorsale du *poignet gauche* présente également plusieurs petits groupes de kystes épidermiques; ces groupes sont formés chacun de 6 à 8 kystes reposant sur une peau saine en apparence.

Aux *mains*, les kystes ne s'observent que sur la face dorsale des doigts, empiétant par places sur le dos des articulations métacarpo-phalangiennes. Ils se groupent principalement au niveau des articulations des phalanges. Tous les doigts sont atteints, mais les kystes sont moins nombreux sur ceux de la main gauche que sur ceux de la main droite. On ne constate aucune trace de bulle; mais tous les doigts ont constamment une teinte rosée, surtout accusée sur ceux de la main droite qui est aussi la plus riche en kystes épidermiques; cette teinte rosée disparaît à la moindre pression.

MEMBRES INFÉRIEURS. — Les deux *fesses* présentent, à leur partie interne, de nombreuses petites macules blanchâtres, d'aspect cicatriciel, quelques-unes avec kystes, la plupart sans kystes.

Quelques taches semblables s'observent à la partie postérieure des deux *cuisse*s ; ces taches ont la même teinte blanchâtre et le même aspect cicatriciel ; les unes sont couvertes de kystes, les autres en sont dépourvues.

A la partie interne et moyenne de la *cuisse droite*, se trouve, en outre, une macule rouge, arrondie, dont la partie externe est surmontée de quelques kystes disséminés.

A la partie antérieure de chacun des *genoux*, on constate une surface rouge, à contours irréguliers ; celle du genou gauche est couverte, à sa partie interne, par un soulèvement bulleux très aplati, ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes ; celle du genou droit est masquée, sur sa partie externe, par une croûte jaunâtre.

Sur la face postérieure des deux *jambes*, on note la présence de petites macules rougeâtres d'aspect atrophique, dont les dimensions varient de celles d'une lentille à celles d'un pois.

La face dorsale du *pied gauche* offre une croûte brunâtre, résultant vraisemblablement d'une bulle et, en avant de cette croûte, une tache blanchâtre, d'aspect cicatriciel, sans kystes épidermiques. Une macule semblable, blanche et d'aspect atrophique, siège sur le dos de la racine du gros orteil gauche.

Les *orteils* ne présentent aucun kyste épidermique, mais on constate de petites croûtes d'un rouge brunâtre, ayant les dimensions chacune d'un petit pois, sur le dos des deuxième et troisième orteils et sur celui du quatrième orteil gauches.

Les plantes des pieds sont respectées, de même que les paumes des mains.

Ongles. — Les ongles des doigts présentent des troubles dystrophiques très accusés.

A la *main gauche*, l'ongle manque totalement sur le pouce, l'index, le médius et l'auriculaire ; il est rudimentaire sur l'annulaire. Sur le pouce, le derme péri-unguéal offre une petite macule atrophique.

A la *main droite*, l'ongle manque sur l'index et le médius. Celui du pouce est noirâtre et présente de nombreuses stries transversales ; sa racine semble un peu décollée. Ceux de l'annulaire et de l'auriculaire sont de même striés transversalement.

Les ongles des *orteils* sont beaucoup moins altérés que ceux des doigts. Ceux du *pied gauche* sont normaux. Au *pied droit*, les ongles sont peu développés sur les deuxième et troisième orteils ; l'ongle du gros orteil est, par contre, très déformé ; il n'est représenté que par un amas épais de substance cornée situé au niveau de la racine.

Les *muqueuses* sont respectées.

Les dents sont normales.

On constate de petits ganglions durs, mobiles, indolores, dans les deux régions sous-maxillaires et dans l'aisselle gauche.

Il n'existe aucun trouble fonctionnel : pas d'hémorragies, pas de prurit, pas de dermographisme, aucun trouble du système nerveux.

L'hyperhidrose fait complètement défaut.

Le signe de Nikolski n'existe pas, et on n'a pu provoquer la formation de bulles ni par frottement ni par une pression modérée. L'état général est bon. L'enfant est bien développée, sans tare viscérale ; elle est gaie et joue volontiers. L'urine ne contient pas d'albumine.

Le 24 septembre. — Aucune bulle nouvelle n'est apparue depuis l'entrée de l'enfant à l'hôpital.

La petite bulle de la région ombilicale s'est affaissée. La macule de l'aile gauche du nez est débarrassée de la croûte qui masquait son bord externe et on y distingue 4 à 5 kystes épidermiques gros comme une fine tête d'épingle. La croûte qui couvrait l'aile droite du nez est tombée, laissant après elle une macule rougeâtre où se trouvent 3 à 4 petits kystes à peine visibles.

Les deux légères ecchymoses signalées précédemment à la face antérieure du thorax ont guéri sans donner lieu à aucune bulle. L'ecchymose de la face externe de la cuisse droite persiste sous forme d'une tache jaune.

Le 26 septembre. — Il s'est développé, à la partie inférieure de la macule rouge du front, une petite bulle, peu tendue, du volume d'une lentille.

Le 29 septembre. — La bulle signalée sur le front s'est affaissée. Une nouvelle bulle est apparue sur le bord interne de la macule rouge du genou droit ; elle est très aplatie et a les dimensions d'une lentille.

Le 1^{er} octobre. — La macule gauche du front est aujourd'hui complètement couverte par une nouvelle bulle aplatie, flasque, contenant un liquide citrin.

La bulle, signalée il y a 2 jours sur le genou droit, s'est agrandie et atteint les dimensions d'une pièce de 50 centimes ; elle est aplatie et ses contours sont un peu irréguliers.

Les macules des ailes du nez sont presque entièrement effacées ; les kystes épidermiques y restent rares et minuscules.

Le 3 octobre. — Une nouvelle bulle s'est développée sur l'aile gauche du nez, exactement à la même place que celle signalée antérieurement ; cette bulle est légèrement hémorragique.

Du 4 au 15 octobre, des bulles isolées apparaissent successivement en divers points du corps : front, ailes du nez, genoux, coude gauche, doigts de la main droite. Elles ne se produisent que sur les macules rouges, couvertes ou non de kystes épidermiques, qui marquent la place des bulles anciennes. Elles sont de forme irrégulière, peu tendues ; quelques-unes atteignent de grandes dimensions, en particulier sur les doigts de la main droite où certaines bulles allongées ont occupé presque toute la longueur du doigt. La plupart contiennent un liquide citrin ; plusieurs ont un contenu un peu rosé ; quelques-unes sont très nettement hémorragiques.

Le 16 octobre. — L'enfant qui, la veille, était sans entrain et sans appétit, est aujourd'hui atteinte de fièvre intense et d'un érythème scarlatinoïde étendu à tout le thorax. La température s'élève à 39,1 le matin.

M. Hallopeau diagnostique la scarlatine et envoie la petite malade dans le service d'isolement, dirigé par M. Dufour qui confirme ce diagnostic.

Il s'est produit, en même temps que l'exanthème scarlatin, une poussée bulleuse plus abondante que les précédentes et occupant le cuir chevelu,

l'oreille droite, l'aile gauche du nez et les doigts de la main droite. Toutes ces bulles occupent la place de bulles anciennes. Celle de l'aile gauche du nez, développée sur la trace d'une ancienne bulle hémorragique, renferme un liquide séro-purulent. Celles des doigts sont hémorragiques.

D'après les renseignements qui nous ont été obligeamment donnés par M. Dufour, l'enfant a été atteint d'une scarlatine bénigne ; la fièvre n'a duré que 2 jours ; la desquamation consécutive a été très modérée et n'a pas entraîné la disparition des kystes épidermiques.

Une biopsie a été pratiquée sur une des macules de l'avant-bras couverte de kystes épidermiques. Les résultats en seront donnés par M. Milian, dans la prochaine séance.

Une ponction lombaire, pratiquée le 6 novembre par M. Dufour, a donné un liquide limpide, eau de roche, sans hypertension. Les lymphocytes sont en nombre un peu plus élevé que normalement.

L'examen du sang et du liquide des bulles a été fait, le 8 octobre, par M. Aine, interne du service.

EXAMEN DU SANG. — Il y a augmentation du nombre des globules blancs, avec prédominance des lymphocytes et des petits mononucléaires. L'éosinophilie est peu accusée.

On trouve, pour 100 globules blancs :

Polynucléaires	35
Éosinophiles	5
Grands mononucléaires.....	16
Petits mononucléaires et lymphocytes.....	44

EXAMEN DU LIQUIDE DES BULLES. — On trouve, même dans les bulles qui ne sont pas nettement hémorragiques, surtout des hématies en nombre assez considérable. On y constate, en outre, quelques globules blancs déformés (poly- ou mononucléaires), quelques débris cellulaires, pas d'éosinophiles.

Depuis le premier cas de cette affection décrite par M. Hallopeau (1890) (1), les observations publiées ont été rares puisque, abstraction faite des cas litigieux sans kystes épidermiques, M^{me} Grandjean-Bayard (2) n'en a relevé que 14 faits authentiques.

Nous trouvons, chez notre petite malade, comme dans la plupart des faits rapportés par les auteurs : l'absence d'hérédité, le début dans les premiers mois de la vie, le siège d'élection des bulles sur le plan d'extension des membres avec prédominance au niveau des arti-

(1) HALLOPEAU. Sur une dermatose bulleuse congénitale avec cicatrices indélébiles, kystes épidermiques et manifestations buccales. *Bull. de la Soc. de Derm. et de Syph.*, 1890.

(2) GRANDJEAN-BAYARD. Étude sur le pemphigus congénital à kystes épidermiques. *Th. inaug.*, Paris, 1906.

culations des genoux, des coudes et des extrémités ; la production consécutive de kystes épidermiques et d'atrophies cicatricielles, enfin les dystrophies unguéales.

Mais cette observation nous paraît intéressante par l'abondance des kystes épidermiques, l'intensité des dystrophies unguéales, l'absence de phénomènes subjectifs, l'intégrité absolue des muqueuses, l'absence complète d'hyperhidrose, enfin l'apparition exclusivement spontanée des bulles.

Une nouvelle préparation de calomel injectable.

Par MM. EUDLITZ, LAFAY et LÉVY-BING.

L'injection de calomel, en syphilithérapie, est particulièrement énergique et rapide : c'est la médication puissante, parfois héroïque qui frappe fort et vite. Mais elle est, de toutes les injections mercurielles, la plus douloureuse, et celle qui expose le plus aux réactions inflammatoires. Aussi la réserve-t-on aux accidents de la syphilis bien plus qu'on ne l'applique au traitement de fond, méthodique et prolongé, de la maladie.

Pour élargir l'emploi de ce précieux médicament et le rendre plus facilement maniable, sans toutefois rien lui faire perdre de son efficacité, les syphiligraphes depuis Scarenzio, et les pharmacologues depuis Zambelletti se sont maintes fois ingéniés à perfectionner la formule primitive.

Tel est aussi notre but en présentant à la Société cette nouvelle préparation, qui nous a donné, au point de vue tolérance, des résultats vraiment très supérieurs à ceux obtenus jusqu'alors avec toutes les anciennes formules de calomel injectable.

La clinique journalière démontre que l'huile grise à 40 p. 100 de mercure est remarquablement mieux supportée par les tissus que les huiles mercurielles à bas titre, improprement dénommées huiles grises, et dont il faut injecter un demi ou même 1 centimètre cube pour un poids donné de mercure. Frappés de cette observation, nous nous sommes demandé si l'intolérance calomélique ne proviendrait pas, dans une large mesure, de la même cause initiale, autrement dit, s'il n'y aurait pas intérêt à remplacer la formule habituelle de calomel, à 5 ou 10 centigrammes par centimètre cube, par un calomel fort, à 40 centigrammes, dont on n'injecterait ainsi que un quart ou même un huitième de centimètre cube. Nos observations, encore trop peu nombreuses pour trancher définitivement un tel problème, semblent, d'ores et déjà, donner raison à notre conception théorique. C'est la relation des 138 piqûres faites à ce jour que nous venons soumettre à la Société. Nous tenons toutefois à bien spécifier dès main-

tenant, que cette communication a moins pour objet de trancher cette grosse question que d'engager au contraire nos confrères, et plus spécialement les syphiligraphes, à l'étudier avec nous et à venir, par de nombreuses observations, confirmer, croyons-nous, nos résultats actuels.

A cet effet, et pour faciliter les recherches ultérieures, nous allons préciser, dans leurs moindres détails, le mode d'obtention du produit et la technique de l'injection. Nous terminerons par une analyse rapide des observations recueillies tant à l'hôpital que dans la clientèle privée.

I. PRÉPARATION DU PRODUIT. — Elle comprend : le calomel, l'excipient et le dosage du médicament.

A. *Calomel*. — Après une porphyrisation parfaite, le calomel sera lavé à l'éther officinal comme l'exige le Codex français, ou à l'alcool bouillant comme le recommande, en Italie, le Dr Zambelletti. Il est indispensable si l'on suit le procédé français, d'employer l'éther officinal, ou pur, complètement déshydraté, et non l'éther rectifié du commerce, encore appelé éther sulfurique, qui renferme de l'eau, de l'alcool, et parfois des dérivés étrangers. Dans tous les cas, ces diverses opérations devront être faites à l'abri de la lumière qui altère rapidement le protochlorure de mercure.

B. *Excipient*. — L'excipient choisi est celui que nous avons préconisé déjà, ici même, pour l'huile grise et qui assure à ce produit une tolérance et une assimilation que l'expérimentation a établies d'une façon assez indiscutable pour qu'il ne soit pas nécessaire d'y revenir à nouveau. Cet excipient se compose de lanoline et d'huile de vaseline en proportions un peu variables suivant la température. Lanoline et huile de vaseline sont camphrées à 5 p. 100, comme le pratique depuis longtemps le Dr Zambelletti pour l'huile de vaseline.

Nous n'ajoutons à notre préparation aucun anesthésique ; cette addition, parfaitement inutile quand l'excipient est neutre et par lui-même indolore, ne saurait intervenir contre la douleur calomélique qui ne se produit guère (quand elle se produit), que deux ou trois jours après l'injection, c'est-à-dire alors que l'absorption de l'anesthésique est déjà un fait accompli. « Si l'on ajoute un anesthésique, galacol ou autre, écrivait il y a 2 ans M. Danlos, ce dernier est rapidement absorbé alors que la douleur due au calomel n'apparaît que 36 à 48 heures après l'injection et dure plusieurs jours. L'effet anesthésique a disparu longtemps avant que la douleur commence à se manifester ».

C. *Préparation proprement dite*. — On formule :

Calomel porphyrisé et lavé.....	0. 40 centigr.
Lanoline anhydre camphrée au 1/20.....	3 p. 100
Huile de vaseline médicinale camphrée 1/20.....	7 p. 100

Q. s. p. 1 c. c.

On opère par simple mélange suivi de stérilisation.

Un centimètre cube contient 40 centigrammes de calomel, représentant 34 centigrammes de Hg. métallique.

Cette préparation présente la couleur et la consistance d'une crème épaisse, fluide à la température ordinaire, d'apparence uniformément homogène en raison du liant de la lanoline ; la prise d'essai et l'injection se font ainsi très facilement et avec la plus grande régularité, avantages du plus haut intérêt pratique.

La conservation en est indéfinie, l'excipient ne rancissant pas ; toutefois on devra éviter l'action de la lumière qui altérerait à la longue le sel de mercure.

II. TECHNIQUE DE L'INJECTION. — La technique est celle des injections insolubles en général et ne présente rien de particulier pour ce qui concerne le choix et l'asepsie de la région. L'injection proprement dite sera faite en deux temps et en plein muscle ; on devra, en retirant l'aiguille, avoir soin de ne pas « baver » dans le tissu cellulaire sous-cutané.

L'instrumentation est la même que pour l'huile grise à 40 p. 100, c'est-à-dire qu'elle comporte l'usage d'une seringue de faible diamètre et de graduation spéciale. Nous sommes en effet de ceux qui persistent à affirmer que *toute seringue de 1 centimètre cube, quelle qu'elle soit, est mauvaise* et pratiquement inutilisable pour l'huile grise. Il est impossible, même à l'opérateur le plus adroit, d'injecter exactement le chiffre de mercure calculé, qu'il croit et désire utiliser, sans une seringue spéciale. La démonstration mathématique en est du reste faite depuis longtemps.

Un autre avantage, capital en l'espèce, est le suivant : outre la certitude du chiffre exact de mercure injecté, cette seringue permet encore d'éviter les erreurs de dose qui pourraient résulter d'une minute d'inattention : même complètement remplie, elle ne contient en effet que 15 centigrammes de principe actif, qu'il s'agisse d'huile grise ou de calomel, doses qui pour être fortes et exceptionnelles, ne sont pas communément dangereuses.

La construction de cette seringue est basée sur le même principe que celle de notre regretté maître et ami, le Dr Barthélemy : *dosage d 1 centigramme de principe actif par division de la tige du piston*. Elle en diffère en ce que toutes ses parties sont facilement stérilisables sans détérioration, contrairement à ce qui se produisait avec la seringue Barthélemy dont le piston en cuir ne permettait pas l'ébullition. Il est vrai qu'après une première aseptisation de la seringue, toute ébullition ultérieure est parfaitement inutile : ce qui reste du produit mercuriel dans le corps de pompe est amplement suffisant pour maintenir indéfiniment aseptique une seringue en service. C'est là encore un point que la pratique a surabondamment démontré.

Maissi le principe du dosage à 1 centigramme par division ne change pas dans les deux seringues, la graduation elle-même diffère sensiblement. L'huile grise du nouveau Codex français n'est pas, comme l'ancienne, à 50 centigrammes, mais à 40 centigrammes de principe actif par centimètre cube, exactement comme notre préparation actuelle de calomel injectable.

Ainsi l'espace compris entre deux divisions de la seringue de Barthélemy ne correspondra plus à 1 centigramme, mais seulement à 8 milligrammes. Il importait donc d'adapter l'instrument et sa graduation au titrage du nouveau médicament. Le contenu de notre seringue, divisée en 15 divisions, n'a pas été fixé inconsidérément; il représente la dose maxima de médicament, soit 15 centigrammes, qu'on peut être appelé à injecter dans les cas graves et urgents. La seringue, dans notre esprit, s'adapte ainsi à tous les composés insolubles de mercure : huile grise, calomel, salicylate, protoiodure, etc.

La perte correspondant au contenu de l'aiguille est prévue dans la graduation et a été calculée pour l'aiguille de 5 centimètres; le praticien n'a donc pas à s'en préoccuper. Pour ce qui est de l'aiguille, rappelons en passant, qu'il importe de la choisir longue et aussi fine que le permet le passage du médicament : un diamètre de six dixièmes de millimètre suffit quand le calomel est convenablement porphyrisé.

III. OBSERVATIONS. — Le nombre des piqûres faites à ce jour est de 138, dont 90 à l'hôpital (Saint-Lazare), et 48 dans la clientèle de ville. Elles se répartissent sur 25 malades : 8 hommes et 17 femmes.

1^o *Hôpital Saint-Lazare* (D^r Lévy-Bing). — Les malades, au nombre de 15, toutes des femmes, ont reçu 90 injections, soit 6 par malade.

Les doses injectées ont été de 5, 7 et 10 centigrammes.

Les accidents traités ont été : chancres, roséoles, plaques muqueuses, syphilides cutanées et gomme de la petite lèvre.

Tolérance — 9 injections ont laissé à leur suite de petites nodosités de la dimension d'un pois ou d'une lentille; 3 ont causé un empâtement de la fesse, de la dimension d'une pièce de 5 francs, mais sans rougeur et sans phénomènes inflammatoires; jamais d'abcès. Au point de vue douleur, 30 ont occasionné de la douleur, mais cette douleur a été très variable; dans 6 cas seulement la douleur a été assez forte et a duré de 4 à 6 jours, mais sans jamais immobiliser les malades. Dans les 24 autres cas, la douleur a été plutôt faible et de courte durée, ne se manifestant guère que pendant une seule journée, généralement vers le troisième jour; parfois même cette douleur était si peu marquée qu'elle n'apparaissait qu'à la palpation de la fesse. Dans 6 cas seulement, qui ne correspondent pas aux 6 piqûres douloureuses, la marche a été gênée et s'est faite avec une légère difficulté pendant 2 ou 3 jours. Pas une seule fois nous n'avons eu à enre-

gistrer de très grosse douleur. Pour les 68 autres injections, nous n'avons noté aucune espèce de douleur, ni spontanée ni provoquée. Plusieurs fois nous avons fait l'épreuve par comparaison, en injectant à la même malade tantôt du calomel, tantôt de l'huile grise : dans un certain nombre de cas, le calomel s'est montré plus douloureux que l'huile grise ; chez d'autres malades, huile et calomel ont été également indolores.

2°. *Clientèle privée* (Dr Eudlitz). — Les malades traités sont au nombre de 10, 8 hommes et 2 femmes ; ils ont reçu en tout 48 injections.

Les *doses injectées* ont été toutes de 5 centigrammes, sauf 1 de 6 centigrammes. Les *accidents traités* n'étaient pas particulièrement graves, à part un chancre phagédénique du gland et une gomme de la peau. La plupart des malades étaient en cours de traitement par l'huile grise.

Tolérance. — Une seule injection a causé une petite nodosité très minime ; pas d'empâtement, pas d'abcès.

Au point de vue douleur : 22 injections ont présenté une douleur variable, jamais forte. Dans 5 cas, il y a eu pendant 3 jours, un peu de boiterie, sans empêcher la marche. Dans 1 cas, chez un tailleur, la douleur n'existait qu'au moment du croisement des jambes, pendant le travail, pour prendre l'attitude professionnelle. Parmi ces injections douloureuses nous comprenons également celles de 2 malades faisant de la bicyclette ; ces douleurs ont été si peu marquées qu'elles n'ont à aucun moment entravé ce mode de locomotion. Les 26 autres piqûres ont été *tout à fait indolores*, et parmi elles, il en est 3 de particulièrement intéressantes : une femme, sur sa demande formelle, avait reçu deux injections, une dans chaque fesse, d'un calomel soi-disant indolore ; l'une et l'autre provoquèrent une telle douleur que la malade dut garder le lit, la première fois 2 jours, la seconde fois 3 jours. Cette même malade a supporté sans la moindre douleur, 3 piqûres, une par semaine, de notre préparation.

L'immense supériorité de ce nouveau calomel ressort manifestement de la simple comparaison de nos résultats actuels avec ceux du même expérimentateur utilisant les anciennes formules à 5 et 10 centigrammes par centimètre cube, résultats consignés dans sa thèse (1) :

	Avec les anciennes formules.	Avec notre formule.
Piqûres horriblement douloureuses.....	10 p. 100	0 p. 100
— très douloureuses	50 "	0 "
— douloureuses, très supportables.....	20 "	33 "
— indolores	20 "	67 "
	100 "	100 "

(1) A Lévy-Bing. Les injections mercurielles intramusculaires dans la syphilis, 1902, p. 194.

IV. CONCLUSIONS. — L'excellence des résultats obtenus à la suite de nos 138 injections nous autorise à porter les conclusions suivantes :

1° Remplacer les anciennes formules de calomel injectable à 5 et 10 centigrammes pour 1 centimètre cube, par un calomel fort, de même concentration que l'huile grise officinale à 40 p. 100.

2° Adopter ce titrage unique, à 40 p. 100, pour toutes les injections mercurielles *insolubles* : huile grise, calomel, salicylate, oxyde jaune, proto-iodure, etc.

3° Au lieu de la seringue ordinaire de 1 centimètre cube, cause d'erreurs impossibles à éviter, utiliser exclusivement une seringue de faible diamètre, graduée à 1 centigramme de principe actif par division de la tige du piston.

4° Cette seringue ne sera pas spéciale au calomel, mais s'appliquera à toutes les injections mercurielles insolubles : calomel, huile grise, oxyde jaune, proto-iodure, salicylate, etc

Préparé et injecté comme il vient d'être brièvement rapporté, ce nouveau calomel possède une action « énergique et rapide », avec une tolérance infiniment supérieure à celle des formules jusqu'alors utilisées.

M. A. FOURNIER. — Il y a pas d'injection mercurielle qui ne soit jamais douloureuse. Ce que nous craignons avec le calomel, c'est la douleur *spéciale*, la douleur *épouvantable* (épouvantable, je répète le mot) qui accompagne parfois son emploi. Je demande aux présentateurs s'ils en ont observé de semblable avec la nouvelle préparation qu'ils préconisent.

M. LÉVY-BING. — Sur 90 injections je n'ai pas observé de douleurs vives.

M. EUDLITZ. — Moi de même et tous ces malades ont pu vaquer à leurs occupations habituelles.

M. MILIAN. — J'ai essayé, il y a 2 ans, une préparation identique comme titrage à celle préconisée par M. Lafay et qui avait été préparée par M. Vigier. M. Vigier avait, dès cette époque, eu la pensée de préparer le calomel à dose concentrée comme l'huile grise, de manière à injecter le plus petit volume possible de substance pour la même quantité de médicament.

J'ai fait environ une trentaine d'injections de ce produit. J'y ai renoncé parce que sa supériorité sur les formules ordinaires ne m'a pas paru évidente et que c'eût été apporter une nouvelle complication dans l'arsenal déjà si compliqué des préparations mercurielles.

Le produit m'est, en effet, apparu aussi douloureux que les injections de calomel ordinaires; son opacité le rendait plus difficilement dosable; enfin, il oblitérait à chaque instant les aiguilles, *au cours même de l'injection*, ce qui était un inconvénient très désagréable. C'est surtout ce dernier ennui qui m'a fait renoncer à la nouvelle préparation.

A ce propos, voici qu'encore se pose la question du calomel indolore comme des injections mercurielles indolores en général. Qu'on me permette

de redire une fois de plus, que l'idée de rendre un sel mercuriel indolore est presque une utopie.

Qu'on veuille bien analyser ce qui se passe quand on pratique une injection mercurielle. S'il s'agit d'une *injection soluble*, la douleur est immédiate, elle dure 2 ou 3 heures, plus ou moins intense, puis s'éteint. C'est la causticité propre du produit qui est en cause et on peut la graduer en allant du plus caustique au moins caustique: cyanure de mercure, biiodure, benzoate. C'est le benzoate de mercure (formule de Gaucher) qui paraît le moins douloureux. Si l'on ajoute un anesthésique comme la cocaïne au sel soluble, on arrive à effacer la douleur pour la durée d'action de l'anesthésique, c'est-à-dire un temps à peu près suffisant, mais cela est au prix d'une intoxication nouvelle surajoutée et qui peut présenter de sérieux inconvénients, puisque on doit répéter quotidiennement, tous les 2 jours, les injections. C'est pour cette raison qu'on a dû renoncer à l'addition d'anesthésique aux sels solubles et qu'on s'est résigné aux solutions pures et simples des sels mercuriels.

Pour les *injections insolubles* (calomel, huile grise) que se passe-t-il? La douleur immédiate est nulle ou à peu près. C'est 24 ou 36 heures après qu'elle commence, parallèle à l'intensité de la réaction inflammatoire. Il n'y a de douleur appréciable que quand une collection se produit dans la fesse et il y a des douleurs modérées, moyennes ou fortes suivant que la réaction locale est modérée, moyenne ou forte.

Or qu'est-ce qui commande cette réaction? C'est non pas l'excipient mais bien l'endroit où a été déposée l'injection. Quand l'injection a été purement intramusculaire, il ne se produit aucune réaction locale; quand elle est déposée sur du tissu conjonctif: tissu cellulaire, aponévrose, périoste, il y a une réaction violente.

C'est en observant ces faits, que j'ai vérifiés par l'expérimentation, que j'ai pu me convaincre de cette vérité qu'il y a non pas des sels indolores mais une technique indolore. Que le calomel soit toujours injecté dans le muscle et non dans un espace conjonctif, et l'injection donnera le minimum de douleur. Je sais bien que c'est là la difficulté et que nul ne peut être absolument certain d'y arriver à tout coup. Tout ce que je puis concéder aux excipients de petit volume c'est qu'ils favorisent l'obtention de cette technique parfaite, en permettant un dépôt exactement localisé au bout de l'aiguille sans diffusion dans les environs.

Si l'excipient était responsable de la réaction, l'idéal serait de n'injecter que le calomel en poudre. C'est ce qu'on obtient avec les suspensions aqueuses de calomel, où l'eau est résorbée avec la plus grande rapidité. Or, dans ces conditions, douleur et réaction locale obéissent aux lois que je viens d'indiquer.

Leucoplasie linguale très étendue, traitée par l'extirpation.

Par M. MORESTIN.

Quand la leucoplasie linguale résiste au traitement spécifique associé ou non aux nombreux topiques préconisés en pareil cas, ce

qui malheureusement est la règle, l'extirpation chirurgicale de la muqueuse altérée me paraît indiquée de la manière la plus formelle. Pour les petites plaques circonscrites, l'opération est si simple et d'une bénignité telle qu'elle n'est pas discutable. Mais s'il s'agit d'une leucoplasie très étendue couvrant la plus grande partie de la face dorsale de la langue, l'intervention peut sembler tout d'abord difficile, complexe et même dangereuse, outre que l'on se défend malaisément de certaines craintes au sujet du fonctionnement ultérieur de l'organe.

Heureusement les faits montrent que ces appréhensions ne sont pas justifiées et la décortication de la langue, pratiquée selon une technique convenable, non seulement est très bien supportée, mais fournit régulièrement les plus beaux résultats. Je vous en présente un exemple très démonstratif, car les lésions occupaient une étendue considérable de la face dorsale et des bords et envahissaient même, au-dessous de la pointe, une partie de la face inférieure.

Le malade Léon F..., âgé de 73 ans, est entré le 28 juillet 1907 dans mon service, à la maison Dubois, m'étant adressé par M. le professeur Gaucher. F... a eu la syphilis à l'âge de 22 ans et il a toujours été grand fumeur. La présence de plaques blanches sur la partie antérieure de la langue aurait été constatée pour la première fois il y a 7 ans.

Actuellement, les lésions, à divers stades, sont telles que tout le revêtement dorsal de l'organe doit être considéré comme altéré depuis la pointe jusqu'à un travers de doigt du V lingual. Il y a en outre une enclave triangulaire sur la face inférieure, descendant de la pointe vers le filet où elle se perd. Les bords sont atteints dans toute la longueur de la partie libre. De ces plaques, les unes sont d'un blanc brillant, éclatant, d'autres opalines, d'autres, principalement vers la pointe, au voisinage de la ligne médiane et dans la moitié gauche de la face dorsale, sont végétantes, papillomateuses. En quelques points, ces végétations sont tellement allongées et touffues que l'on peut à bon droit supposer qu'il s'agit bel et bien de parties déjà épithéliomateuses. Le malade est fort gêné dans la mastication, il souffre, et ses douleurs s'irradient parfois dans l'oreille droite. Le goût est profondément altéré. Il n'y a pas de ganglions perceptibles dans les régions sous-maxillaire et carotidienne, ni de l'un, ni de l'autre côté.

Le 29 juillet, je pratique la décortication de la langue. Le sujet étant endormi, et les mâchoires maintenues écartées, je place d'abord quatre fils fixateurs, l'un traversant la pointe de la langue, le second passant en arrière, au niveau du sommet du V, les deux autres à la partie la plus reculée des bords. Je trace alors sur la face dorsale deux incisions obliques d'arrière en avant et de dehors en dedans, partant des extrémités des deux branches du V et se réunissant

sur la ligne médiane, traçant elle-même un V représentant la partie demeurée saine de la muqueuse dorsale. Tout ce qui est en dehors doit être sacrifié. Je trace donc deux autres incisions qui, partant en arrière des mêmes points que les deux précédentes, suivent les bords de la langue, sur la limite de la face inférieure. Au voisinage de la pointe, je fais décrire à chacune d'elles une courbe pour comprendre dans le territoire condamné la plaque triangulaire de la face inférieure. Elles se réunissent sur le filet au-dessous de cette plaque triangulaire. Alors je dissèque avec les ciseaux toute la muqueuse comprise entre les incisions dorsales et les incisions marginales. La muqueuse est enlevée dans toute son épaisseur, et garde même à sa face profonde une couche de faisceaux musculaires.

L'hémorragie assez abondante est promptement maîtrisée par la compression. La vaste plaie laissée par l'exérèse de la muqueuse est alors réunie soigneusement. Je suture le bord droit au bord gauche, adossant l'une à l'autre les deux moitiés de la surface cruentée, jusqu'au niveau du triangle conservé de la muqueuse dorsale. Alors je suture les bords latéraux aux côtés correspondants de ce triangle. Les sutures dessinent finalement un Y. La langue, après cette suture, paraît allongée, boudinée, mais la réunion a été obtenue sans tension, sans effort.

Dès le lendemain, je constate un gonflement de la langue et du plancher buccal; une teinte ecchymotique foncée indique que l'infiltration sanguine assez abondante est la principale cause de ce gonflement. Instruit par mes cas antérieurs, je ne m'en tourmente en aucune façon. Les suites sont en effet très bonnes; il n'y a ni fièvre, ni aucun phénomène d'infection. La gêne dans les mouvements de la déglutition et la salivation surabondante sont pénibles pendant quelques jours, mais tout s'arrange très vite. Au bout d'une semaine, la tuméfaction a presque disparu; la réunion primitive est obtenue et les fils sont retirés le huitième jour.

Dès le lendemain de l'intervention, l'opéré avalait de l'eau et des tisanes, le troisième jour il prenait du lait; à partir du dixième, des purées; au vingtième, il commençait à mastiquer quelques aliments solides. Il est actuellement aussi bien que possible. Depuis longtemps il a repris des habitudes alimentaires normales. La langue s'est étalée, elle a perdu son aspect boudiné, la muqueuse de la face inférieure a prêté, s'est laissé distendre et de fait, la face dorsale a reparu, couverte d'une muqueuse lisse et rosée. C'est à peine s'il persiste quelques petites difficultés d'articulation; elles passent inaperçues quand le sujet s'observe. La pointe de la langue est un peu bridée ce qui n'arrive pas habituellement dans ces sortes d'interventions, et s'explique ici par la résection qu'il a fallu faire d'une certaine quantité de la muqueuse de la face inférieure et du filet.

M. GAUCHER. — Je voudrais insister sur l'utilité de l'éradication effectuée chez ce malade par M. Morestin : il faut, en pareil cas, pratiquer la décortication de la langue.

M. FOURNIER. — J'ai observé longtemps un malade sur lequel notre regretté collègue le Dr Tillaux avait pratiqué une décortication linguale pour une forte leucoplasie. Or, la dégénérescence épithéliomateuse ne s'est pas produite sur lui, au moins pour de longues années.

Cheiloplastie par destruction de la lèvre supérieure par syphilis tertiaire. Greffe d'une moustache.

Par M. MORESTIN.

Ce malade m'a été adressé autrefois par M. le professeur Fournier. Une syphilis terrible avait détruit chez lui plus des deux tiers de la lèvre supérieure, la commissure droite et la partie rétro-commissurale de la joue correspondante.

J'ai pratiqué tout d'abord la restauration de la lèvre supérieure, en prélevant d'une part à droite un lambeau sur la lèvre inférieure, comprenant environ un tiers de cette lèvre, et d'autre part en mobilisant à gauche les débris de la lèvre supérieure qui persistaient de ce côté, et la partie adjacente de la joue, transformée en lambeau rectangulaire par deux incisions horizontales superposées passant l'une par la commissure, l'autre à la hauteur du bord libre de l'aile du nez. Le résultat fut bon, en ce sens que j'arrivai à reconstituer un orifice buccal souple, régulier, symétrique et continent. Mais je n'en étais pas complètement satisfait, parce que les régions où j'avais dû emprunter mes matériaux pour la cheiloplastie ayant été elles-mêmes frappées par la syphilis, la lèvre nouvelle présentait un aspect cicatriciel et les poils y étaient semés très irrégulièrement. J'eus alors l'idée de greffer une moustache sur cette lèvre supérieure. Le sujet étant porteur d'une barbe assez abondante, je prélevai de chaque côté sur les joues deux lambeaux allongés, que je fis pivoter d'arrière en avant autour de leur pédicule situé en arrière des commissures, et que j'installai sur la lèvre préalablement dépouillée de ses mauvais téguements cicatriciels. Les deux lambeaux furent suturés l'un à l'autre sur la ligne médiane, puis au bord libre de la lèvre, puis en haut, aux bords de la plaie laissée par l'écorché de la lèvre.

Le succès le plus complet a couronné cette tentative. Les lambeaux ont très bien vécu et se sont adaptés à merveille à leur situation nouvelle. Ils n'ont eu à souffrir d'aucun trouble trophique ; les bulbes pileux ont conservé toute leur vitalité, et mon opéré est aujourd'hui porteur d'une moustache dont il est véritablement difficile de soup-

çonner la transplantation. L'opération datant de plus de quatre ans, le résultat peut être considéré comme définitif.

Mutilation syphilitique du nez et de la lèvre supérieure. Atrésie des narines et de l'orifice buccal. Opérations réparatrices diverses. — Rhinoplastie.

Par M. MORESTIN.

Au mois d'avril 1904, notre excellent collègue Queyrat m'adressa ce malade, dont la face avait été ravagée par la syphilis. Il portait sur tout le visage un grand nombre de cicatrices caractéristiques,



FIG. 1.

mais ce qui frappait surtout, c'était l'affreuse mutilation du nez et des parties adjacentes de la lèvre supérieure. A la vérité, le squelette osseux n'avait subi aucune atteinte, mais les lésions n'en étaient pas moins considérables et d'un traitement extrêmement difficile. La

face semblait profondément déprimée à son centre. Un amas cicatriciel irrégulier et confus occupait l'emplacement des narines. Il ne restait aucun vestige reconnaissable des ailes du nez, du lobule ou de la sous-cloison. Les orifices narinaux s'étaient pour ainsi dire complètement oblitérés, et c'est à grand'peine que l'on pouvait faire pénétrer un très fin stylet dans deux pertuis minuscules, donnant



FIG 2.

accès dans les fosses nasales, à travers d'épaisses barrières fibreuses. La respiration nasale était complètement abolie, et l'on sait combien pénible est la situation qui résulte d'un obstacle permanent et absolu à la respiration par le nez.

La lèvre supérieure était couverte de cicatrices, rétractée, trop courte en son milieu, attirée vers le nez et quelque peu retroussée, montrant à l'extérieur une partie de sa face muqueuse. Il y avait entre les deux lèvres des adhérences formant de chaque côté une palmure commissurale et diminuant très notablement l'orifice buccal.

Je commençai par rendre à cet orifice ses dimensions, en débridant à droite et à gauche la palmure commissurale et en plaçant des sutures unissant les deux bords de chaque tranche de section.

Dans un autre temps je rendis à la lèvre supérieure sa hauteur, en la séparant du massif cicatriciel nasal par une incision transversale, en lui donnant de la mobilité par des incisions obliques continuant



FIG. 3.

des deux côtés la précédente, suivant les sillons naso-géniens, en abaissant la lèvre, en réunissant une partie de la plaie selon une ligne verticale médiane et en assurant par des sutures convenables la nouvelle attitude de la lèvre.

Jusque-là, les choses étaient assez simples. Je m'occupai alors de rétablir la perméabilité nasale. Des débridements multiples suivis de dilatations avec des drains et des lamineaires furent à deux reprises stériles. J'extirpai alors la masse inodulaire qui bouchait l'entrée des fosses nasales. Ainsi je pus obtenir, non sans des soins

très attentifs, deux orifices perméables, que j'agrandis par de nouveaux débridements et une dilatation prolongée.

Tout cela nécessita près de deux ans. J'obtins enfin des orifices spacieux et permanents.

Entre temps, j'avais fait çà et là disparaître un certain nombre des cicatrices faciales les plus visibles, par excisions suivies de réunion.

Au commencement de cette année, j'ai pratiqué la rhinoplastie,



FIG. 4.

en taillant sur le front un grand lambeau ogival à pédicule inférieur, répondant à la racine du nez et aux portions adjacentes des régions sous-orbitaires, en gardant dans ce lambeau une lame du frontal, et en abaissant le cadre osseux, limitant l'orifice squelettique des fosses nasales. Ce cadre osseux de vertical devient horizontal, le lambeau ostéo-cutané du front, entraîné à sa suite, vient reconstituer le nez. La plaie d'emprunt frontale est réunie. Les deux pédicules latéraux sont très suffisants pour assurer la vitalité des lambeaux.

J'ai pu, par ce procédé, reconstituer un appendice nasiforme. Comme il me paraissait faire une saillie insuffisante, je l'ai allongé tant de la paraffine.

Il y aurait encore quelques retouches à faire, pour diminuer, par exemple, la largeur du nez à sa racine et pour le séparer un peu plus nettement des joues ; mais enfin tel quel, le résultat est en somme



FIG. 5.

acceptable. Pour en juger, il faut remonter au point de départ et comparer l'état actuel à celui où se trouvait ce malheureux homme au commencement de 1904.

**Cancer sur un lupus de la face. Extirpation.
Greffes dermo-épidermiques.**

Par M. MORESTIN.

Au Congrès de Chirurgie de 1903, j'ai consacré aux cancers greffés sur les lupus, un travail où j'envisageais surtout le traitement opératoire de ces lésions, et auquel je donnais les conclusions suivantes :

A. Le siège habituel, le mode d'envahissement et la marche des épithéliomes greffés sur de vieux lupus les rendent, pendant une longue période, très accessibles à l'intervention chirurgicale utile.

B. Les suites des opérations dirigées contre des cas en apparence défavorables sont susceptibles de fournir des résultats satisfaisants.

C. L'extirpation est habituellement facile, mais la réparation souvent très délicate, en raison de la mauvaise qualité des téguments environnants et souvent de l'âge des malades.

D. Les greffes dermo-épidermiques appliquées secondairement,



FIG. 1.

c'est-à-dire après une période où la plaie aura été abandonnée pendant quelque temps à la réparation spontanée, trouvent ici une de leurs meilleures indications.

Depuis cette époque, mon opinion s'est encore affermie sur l'opportunité des opérations, en deux ou plusieurs temps, dans les épithéliomas étendus de la face, et j'ai fait un emploi de plus en plus courant des greffes dermo-épidermiques tardives.

Voici un cas qui paraissait extrêmement mauvais et dans lequel j'ai obtenu cependant un résultat satisfaisant :

M^{me} Françoise G... était atteinte depuis la première enfance d'un lupus de la face, lupus vulgaire ayant débuté au centre de la

joue gauche et s'étant de là étendu à la joue tout entière, à la région parotidienne, à la région malaire, à la tempe.

Sur ce terrain s'est développée, à une date récente, une tumeur végétante dont le siège initial repondrait, au dire de la malade, à la partie supérieure de la région massétérine ou de la région parotidienne. C'est seulement au mois d'octobre 1906, qu'elle aurait constaté la présence de cette lésion surajoutée. Quoi qu'il en soit, le



FIG. 2. — Plaie laissée par l'extirpation.

néoplasme s'accrut avec une rapidité relativement très grande, et prit bientôt des proportions considérables.

Quand je la vis au commencement de juin 1907, la tumeur, devenue énorme, occupait les régions parotidienne, temporale, malaire, et une grande partie de la région massétérine et de la joue, et englobait le pavillon de l'oreille. Elle s'étendait depuis le bord externe de l'orbite jusqu'à la mastoïde, et dans le sens vertical depuis une ligne horizontale passant à deux travers de doigt au-dessus du pavillon de l'oreille, jusqu'à une autre passant par l'extrémité du lobule et la limite inférieure de l'aile du nez. C'était une masse très végétante, molle, parcourue par de profondes crevasses, présentant de gros

mamelons d'un rouge violacé, et semée de détritits gris verdâtre, exhalant une odeur infecte, et dont la nature maligne ne laissait dès le premier abord aucun doute. La tumeur reposait sur une base dure, et adhérait dans la profondeur à l'arcade zygomatique et aux aponévroses voisines (fig. 1).

Le pavillon de l'oreille était complètement entouré par les lésions, soulevé par elles, en partie détruit, et un chou-fleur néoplasique émer-



FIG. 3. — Photographie de la tumeur.

geant du conduit auditif venait s'épanouir dans la conque. Il s'agissait, selon toute apparence, d'un épithélioma.

Fort heureusement, il n'y avait aucune adénopathie appréciable.

Bien que l'état général fût très médiocre, je me déterminai à agir. Mon cher ami Demoulin consentit à lui donner asile dans son service à Saint-Louis, le 4 juin, et c'est là que je l'opérai le 15 juin, en présence et même avec l'assistance de mon excellent collègue.

Les lésions circonscrites par une très grande incision circonférentielle, passant en haut dans le cuir chevelu, en bas au voisinage de l'angle de la mâchoire, entamant en avant le sourcil et les paupières, passant en arrière sur les limites postérieures de la mastoïde.

Je décollai le pavillon, sectionnant le plus profondément possible le conduit auditif externe, c'est-à-dire presque au ras du conduit osseux, réséquai l'arcade zygomatique en totalité, la plus grande partie de la parotide, coupant la carotide externe et le facial, supprimant les couches superficielles du masséter et l'aponévrose temporale.

Je réséquai en outre le condyle du maxillaire inférieur et le ménisque



FIG. 4. — Résultat obtenu après l'application de greffes dermo-épidermiques.

correspondant, dans le but de prévenir dans une certaine mesure la constriction des mâchoires, qui s'annonçait trop certaine.

Les ligatures faites, la plaie fut pansée à plat, doucement comprimée et j'ajournai toute intervention réparatrice. Voici une photographie qui, prise quinze jours après l'intervention, montre l'énorme étendue de la plaie, occupant la moitié gauche de la face et une grande partie du crâne (fig. 2).

La malade, d'abord un peu déprimée par cette grosse intervention, se ressaisit rapidement, et au bout de peu de jours, était hors de danger. La plaie se couvrit de bourgeons charnus, se nivela, et offrit bientôt une surface unie et lisse, au centre de laquelle persista pendant un certain temps, une dépression répondant à l'articulation temporo-

maxillaire réséquée. Au bout d'un mois environ, ce petit trou avait lui-même disparu. On avait, dès la malade remise des premières suites opératoires, commencé à mobiliser la mâchoire à l'aide des écarteurs appropriés.

Le 23 juillet, après curettage de la surface granuleuse, qui s'était spontanément réduite dans de très grandes proportions, je la couvris de greffes dermo-épidermiques.

Le résultat de ces greffes fut pleinement satisfaisant ; toutes ces greffes vécurent, et du coup la plaie était presque complètement épidermée. Il fallut néanmoins cinq à six semaines pour obtenir la disparition des petites plaies persistant dans les intervalles des greffes.

Actuellement, la guérison se maintient parfaite.

La difformité est bien moins choquante qu'on n'aurait pu le supposer, après la perte de l'oreille et d'une partie du cuir chevelu, la section du facial et la résection de l'arc zygomatique. Ce côté du visage est légèrement déprimé, la peau de la partie inférieure de la joue et celle du cou, attirée en haut, a recouvert une grande partie de la plaie. Ces téguments sont encore couverts de lupus, car je n'ai pas songé à supprimer la totalité des plaques lupiques, qui occupaient un territoire trop vaste (fig. 4).

Le conduit auditif demeure béant au fond d'une dépression cicatricielle, il est légèrement rétréci, mais peu. L'ouïe persiste absolument intacte. Bien que les paupières du côté gauche aient été entamées, elles ne sont actuellement ni déviées ni éversées, la gêne fonctionnelle qui empêche leur occlusion tient seulement à la paralysie faciale. L'œil ne présente aucune altération. La constriction des mâchoires ne pouvait être évitée complètement, mais elle est très modérée et ne gêne en rien la mastication.

L'examen histologique, fait par M. Cornil, a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux à globes épidermiques.

Ophthlmo-réaction tuberculeuse en dermatologie. Lupus tuberculeux et lupus érythémateux

Par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.

Chaque fois qu'une nouvelle méthode de détermination de la tuberculose est proposée, il importe de la vérifier par tous les moyens possibles. Le dermatologiste peut le faire avec d'autant plus de facilité que les lésions évoluent sous ses yeux ; il juge à la simple inspection de l'existence de la lésion et de ses modifications. La valeur de l'ophthlmo-réaction de Calmette, cette méthode si simple

et si précise, n'a plus besoin d'être démontrée, il importait seulement d'en déterminer l'importance et les conditions en dermatologie.

Deux séries de recherches ont été faites : l'une sur des lupus tuberculeux, l'autre sur des lupus érythémateux. Ces deux exemples ont été choisis parce que le lupus de Willan est une tuberculose admise maintenant par tous, tandis que l'origine des diverses formes du lupus érythémateux au contraire est encore très contestée, comme l'a montré le résultat de l'intéressante enquête faite par Thibierge (1).

Les résultats obtenus sur le lupus de Willan permettraient d'apprécier la fréquence et l'intensité de la réaction positive, sur une tuberculose cutanée évidente et serviraient à établir la méthode. Dans la série des lupus érythémateux, la présence ou l'absence de la réaction serait un nouveau moyen de déterminer d'une manière exacte la nature de l'affection, et un procédé pour connaître la manière dont se comporte une tuberculose atténuée et atypique en présence de ce réactif.

1^{re} SÉRIE. — *Lupus tuberculeux.*

Dix malades ont été choisis parmi les types les plus différents de lupus vulgaire, afin d'avoir des exemples de chaque variété (n^{os} 2, 9, 10, 23, 24, 28, 36, 62, 70, 71 de la salle Cazenave).

4 ont donné une réaction forte (n^{os} 2, 10, 62, 71).

2 ont d'abord donné une réaction douteuse qui, refaite une seconde fois, a été nette et d'intensité forte (n^{os} 9 et 24).

2 réactions ont été douteuses (n^{os} 70 et 23).

2 ont été négatives, bien qu'ayant été refaites trois fois (n^{os} 36 et 28).

Le malade n^o 36 a un très vaste lupus de la région cervicale antérieure, développé autour de fistules d'adénites tuberculeuses du cou; le centre du lupus est cicatrisé, mais le bord forme encore en plusieurs points de la périphérie un bourrelet infiltré actif. Le malade n'a pas de tuberculose interne cliniquement reconnaissable. Le malade n^o 28 est un lupique traité depuis des années par Darier, puis par nous, par la tuberculine. Son lupus très ancien et très étendu est scléreux, cicatriciel, mais contient encore de nombreux nodules.

Cette série montre que, le plus souvent, le lupique vulgaire réagit à l'ophtalmo-réaction, que parfois une ophtalmo-réaction douteuse demande à être répétée pour être positive, enfin qu'exceptionnellement, l'ophtalmo-réaction peut être négative chez un lupique non douteux. On peut donc se demander si l'ophtalmo-réaction, pour se produire, n'exige pas une certaine imprégnation de l'organisme qui manquerait dans une tuberculose strictement localisée n'émettant pas de toxines. Ainsi s'expliquerait l'insuccès du n^o 36, où le lupus

(1) *Annales de Dermatologie*, mars 1907.

tuberculeux localisé est déjà presque guéri. On peut supposer aussi que chez certains lupiques cachectiques et tuberculeux phthisiques, ce qui n'était pas le cas de nos malades, l'ophtalmo-réaction restera négative parce que l'organisme est trop imprégné de toxines. Le fait a été signalé pour les phthisiques pulmonaires. Peut-être l'insuccès de l'ophtalmo-réaction chez le malade n° 13 s'explique-t-il ainsi; ce malade traité par les injections de tuberculine ne serait plus sensible à une aussi petite dose de tuberculine que la goutte diluée de l'ophtalmo-réaction (1).

2^e SÉRIE. — *Lupus érythémateux.*

Quatre lupus érythémateux fixes, type herpès crétacé de Devergie, ont été éprouvés :

Le n° 11 et le n° 13 de la salle Gibert ont réagi nettement, mais faiblement.

Le n° 5 de la salle Cazenave a eu une première réaction douteuse, puis une seconde réaction moyenne.

Le n° 3 de la salle Cazenave a eu une réaction forte.

Le pourcentage des résultats positifs est donc plus fort que celui des lupus vulgaires qui cependant sont des tuberculoses évidentes. Cette constance des résultats est d'autant plus remarquable, que d'ordinaire les lupus érythémateux réagissent dans une proportion moins forte aux méthodes d'exploration telles que la tuberculine sous-cutanée, etc. Cette série de résultats positifs dans le lupus érythémateux a pu être exceptionnelle et due à un hasard heureux, mais il n'en reste pas moins acquis, que si l'ophtalmo-réaction est négative dans certains lupus érythémateux, cet insuccès ne signifie pas absence de tuberculose, puisque parfois le lupus vulgaire, tuberculose évidente, ne réagit pas.

Ces résultats indiquent les grands services que peut rendre en dermatologie l'ophtalmo-réaction; elle peut, ajoutée aux autres méthodes cliniques, aider à la précision d'un diagnostic étiologique. A ce propos, nous citerons le cas d'une acné congestive, proche du lupus érythémateux; la clinique semblait dire acné et non lupus, mais le doute était possible: l'ophtalmo-réaction négative a été un argument de plus pour repousser le lupus.

Toutefois, les résultats de cette méthode n'ont pas une valeur absolue. Si elle est négative, on peut avoir affaire à une tuberculose localisée strictement, puisque l'on sait que parfois la méthode est en

(1) Le malade réagit encore à l'injection de tuberculine sous-cutanée mais faiblement, beaucoup moins fortement qu'au début; il réagit à la cuti-réaction locale, chez lui la cuti-réaction en peau saine reste faible.

défaut dans des tuberculoses évidentes et que dans des tuberculoses douteuses, elle peut être négative alors que l'injection de tuberculine a été positive, comme nous venons de l'observer dans un cas de pityriasis rubra pilaire. Si la réaction est positive, elle prouve simplement que le malade, porteur de la dermatose suspecte, est un bacillaire, mais elle n'indique pas que la lésion cutanée soit bacillaire. En effet, le malade a pu, parce qu'il était tuberculeux pulmonaire ou ganglionnaire latent, réagir à la tuberculine sans que ses lésions cutanées soient tuberculeuses : par exemple si un sporotrichosique, atteint de tuberculose pulmonaire latente, a une ophtalmo-réaction positive faible, si l'on se fie à cette exploration pour admettre une tuberculose gommeuse sous-cutanée, on fait une erreur grave dans ses conséquences thérapeutiques.

En résumé, l'ophtalmo-réaction peut rendre en dermatologie de réels services, à condition de n'être pas considérée comme une méthode absolue et exclusive.

Cuti-réaction tuberculeuse sur la peau saine et sur les lésions cutanées. Cuti-réaction locale.

Par MM. DE BEURMANN et GOUCHOT.

La « cuti-réaction locale » est la cuti-réaction faite, non sur la peau saine, mais sur la lésion suspecte de tuberculose. On raie avec la pointe d'un scarificateur la peau malade et la peau saine qui la borde, puis on dépose sur cette égratignure une goutte de tuberculine de l'Institut Pasteur de Paris, préparée pour les cuti-réactions. Si la lésion est tuberculeuse, il se produit une réaction locale plus ou moins vive mais presque toujours forte. Il est facile de juger par le souvenir de ce qu'était la lésion avant l'épreuve. Cette réaction locale s'accompagne souvent de réaction fébrile générale (1), mais cette réaction est courte et faible, elle ne présente pas les inconvénients de certaines réactions générales prolongées, provoquées par les injections sous-cutanées de tuberculine. Si la lésion n'est pas tuberculeuse, la réaction est minime ou nulle. Elle est nulle si le sujet ne possède pas de tuberculose latente interne ; elle est mi-

(1) La réaction générale peut s'expliquer par deux hypothèses qu'il faut associer : la tuberculine concentrée de la cuti-réaction (tuberculine au 1/10^e) peut être résorbée par l'éraillure et le tissu malade à épiderme aminci plus riche en vaisseaux semble mieux absorber que la peau saine, toutefois la quantité absorbée est toujours minime et ne doit guère atteindre 1/100^e de milligramme. Il faut donc admettre le concours d'un autre facteur, les lésions tuberculeuses en cuti-réaction locale s'enflammant, leurs bacilles doivent sécréter une quantité notable de toxines qui sont résorbées et déterminent la fièvre.

nime si le sujet est un tuberculeux viscéral. Jusqu'ici dans les cas éprouvés, la différence était d'ordinaire facile à saisir : la cuti-réaction locale, sur une lésion non tuberculeuse et chez un malade tuberculeux, était comparable à ce qu'est la cuti-réaction faite comparativement et simultanément sur la peau saine, parfois à peine plus prononcée, toujours moins forte que la réaction locale sur lésion tuberculeuse et facile à distinguer de cette réaction. C'est là pourtant une des causes d'erreur de la méthode que l'on pourra éviter en comparant la cuti-réaction locale et la cuti-réaction sur peau saine. Il est donc nécessaire de faire les deux épreuves simultanément.

Cette méthode nous semble avoir les avantages de la tuberculine sous-cutanée, en étant encore plus inoffensive ; elle permet de juger, elle aussi, par une réaction locale la nature de la lésion suspectée ; peut-être même est-elle supérieure à la tuberculine générale et provoque-t-elle plus souvent la réaction locale spécifique, car son principe est de déposer la tuberculine au point où la réaction sera la plus intéressante.

Elle a moins d'inconvénients que la tuberculine sous-cutanée ; elle rougit et tuméfie la lésion et l'ulcère superficiellement, mais la réaction locale s'apaise toujours ; la réaction générale est faible et ne prend jamais l'intensité de certaines réactions fortes par tuberculine sous-cutanée. Elle semble plus exacte que l'ophtalmo-réaction étudiée dans la note précédente. En effet, l'ophtalmo-réaction manque parfois dans des tuberculoses évidentes, elle n'indique pas que la lésion est tuberculeuse, mais seulement que le malade est tuberculeux ; la cuti-réaction, au contraire, juge par une réaction locale de la lésion même que l'on suspectait. Elle est moins coûteuse et a certes moins d'inconvénients que l'ophtalmo-réaction qui peut parfois provoquer des conjonctivites tenaces chez des bacillaires, ou réveiller une irido-choroïdite bacillaire ancienne.

On ne peut la comparer à la cuti-réaction faite sur la peau saine, qui, d'après la majorité des auteurs, semble chez l'adulte n'avoir pas grande valeur. La cuti-réaction en peau saine, même s'il était possible de l'apprécier exactement, prouverait seulement que le sujet est bacillaire. Ne s'accompagnant pas de réaction locale sur les lésions suspectées, elle ne prouve pas que la lésion suspectée soit bacillaire.

Cinq séries de recherches ont été faites avec la cuti-réaction locale :

1° Sur des lupus vulgaires, tuberculoses évidentes, admises par tous ;

2° Sur des lupus érythémateux, tuberculoses atténuées et contestées par beaucoup ;

3° Sur des lésions non tuberculeuses dues à des dermatoses n'ayant aucun rapport avec la bacillose ;

4° Sur des dermatoses parasitaires proches de la tuberculose, par exemple, la lèpre ; .

5° Chez des malades tuberculeux atteints d'une dermatose non tuberculeuse, eczéma, sporotrichose associée à une tuberculose pulmonaire atténuée.

La cuti-réaction locale a toujours été faite en même temps qu'une cuti-réaction en peau saine, afin de pouvoir comparer les deux résultats.

I. *Lupus vulgaires*. — Douze essais ont été faits sur les variétés les plus diverses de lupus tuberculeux.

Dans tous ces cas, la réaction locale sur le lupus a été plus intense que la réaction sur la peau saine, lorsque la strie d'imbibition portait sur la partie infiltrée ou partie active du lupus. La différence a été le plus souvent très nette, parfois elle a été légère ; quelquefois la peau saine a réagi fortement, presque autant que le lupus ; dans le cas n° 14 les deux réactions sont égales. Jamais la réaction du lupus n'a été moins forte que celle de la peau saine.

La réaction sur lupus est caractérisée par un empatement et une rougeur le long de la strie avec sensation de tension souvent douloureuse, puis la strie devient vésiculeuse, la rougeur et la tuméfaction augmentent. Lorsqu'on a fait des stries parallèles de 2 centimètres en 2 centimètres, il n'est pas rare que le lupus soit tout entier rouge et enflammé, et même que la rougeur et la tuméfaction débordent le placard lupique. Le deuxième et le troisième jour, la vésicule peut s'étendre et son liquide se troubler ; elle laisse une excoriation, parfois une ulcération superficielle, qui se recouvre d'une croûte. La réaction locale est d'ordinaire précoce et de peu de durée ; son maximum de netteté est entre la quinzième et la quarante-huitième heure ; elle persiste en s'atténuant pendant 3 à 5 jours, rarement 8 à 10 jours. Parfois elle est fugace et ne paraît nette que pendant 5 à 6 heures, entre la douzième et la vingt-quatrième heure. Il est donc nécessaire, pour l'apprécier, de suivre avec soin son malade.

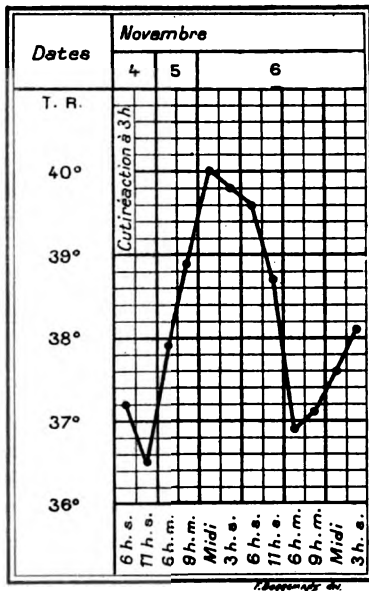
La cuti-réaction locale a été plus ou moins vive suivant les cas. Elle a été faible mais nette dans le cas n° 14 et dans le cas n° 10, où il y a eu cependant réaction générale fébrile. Elle a été moyenne dans le cas n° 23, lupome cicatriciel, où elle s'est accompagnée de réaction générale fébrile, et dans le cas n° 2, lupus cicatrisé, où il n'y a pas eu de réaction générale. Elle a été forte avec papulation, vésiculation, suppuration et exulcération dans les cas nos 24, S, A, 20, 13, 71, 28, 9, 16.

Le cas n° 23 est à retenir car il s'agit d'un lupome cicatriciel que, cliniquement, on aurait pu croire guéri. La cuti-réaction locale peut donc rendre de grands services dans l'appréciation de la guérison d'un lupus, elle indique si le traitement doit être continué ou cessé au point éprouvé par la tuberculine.

La partie cicatricielle d'un lupus vraiment guéri ne réagit pas (cas n° 16), ou ne réagit que très faiblement, comme le fait la peau saine.

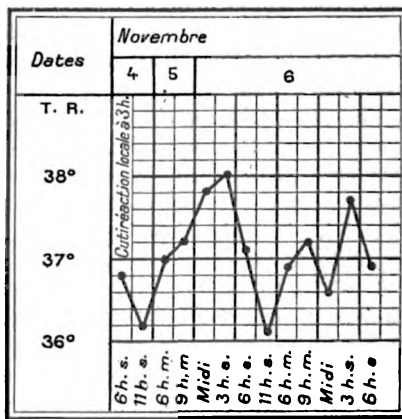
La cuti-réaction locale s'est accompagnée de réaction générale dans les cas S (38°), A (38°), 28 (38°), 71 (38°), 10 (38°), 23 (37°), 24 (37°).

Dans le cas n° 9, la fièvre a atteint 40°,1 à la dix-huitième heure. Ce cas est resté unique. Dès que la fièvre monte à 38°, la réaction générale se traduit par



Cuti-réaction locale sur un lupus. Exemple exceptionnel de réaction générale cutanée.

de la courbature et parfois par de vagues douleurs articulaires. Ces réactions



Cuti-réaction locale sur un lupus. Exemple de réaction générale moyenne habituelle.

fébriles sont de courte durée ; elles n'abattent pas le sujet qui refuse de se coucher.

Il n'y a pas de parallélisme entre l'intensité de la réaction locale et l'existence ou le degré de la réaction générale; les cas n° 13 et n° 20, où la réaction locale a été particulièrement vive, n'ont pas eu une température supérieure à 37°,7.

II. *Lupus érythémateux*. — Quatre essais ont été faits sur des lupus érythémateux fixes de la face et un essai sur un *lupus pernio* des extrémités.

Salle Cazenave, n° 5. — La cuti-réaction est faite sur le bras et sur une plaque lupique de la nuque; la réaction sur la peau saine est forte avec papulation et vésiculation. La réaction sur le lupus est des plus nettes, les stries sont saillantes, rouges, exulcérées; la rougeur et l'empatement diffusent et envahissent toute la plaque.

Salle Cazenave, n° 44. — La cuti-réaction sur la peau saine est forte avec papulation et vésiculation. La cuti-réaction sur le bord malaire du lupus est intense avec tuméfaction rouge et douloureuse, vésiculation et ulcération superficielle que recouvre une croûte jaune verdâtre.

Salle Gibert, V. — La cuti-réaction sur le bras est moyenne, plutôt faible. La cuti-réaction sur la face latérale du nez lupique est extrêmement vive; la strie vésiculeuse est devenue le centre d'une tuméfaction très marquée, rouge et tendue, qui diffuse sur plus de 20 millimètres.

Salle Gibert, L. — La cuti-réaction sur la peau saine du bras est nulle; la cuti-réaction sur le bord jugal du lupus est faible et a été transitoire avec tuméfaction, rougeur et suintement séreux des stries.

La réaction a donc été extrêmement vive dans le cas V, très vive dans le cas n° 44, vive dans le cas n° 5, faible mais nette dans le cas n° L. Il n'y a eu de réaction générale dans aucun cas.

Lupus pernio, *salle Cazenave*, n° 61. — La cuti-réaction sur la peau saine a été faible, la cuti-réaction sur le placard lupique a été intense: la strie faisait une forte saillie rouge violacé et douloureuse; elle est devenue vésiculeuse et l'épiderme rompu laissait voir une ulcération linéaire assez profonde, sécrétant un liquide séreux.

III. *Lésions non tuberculeuses; syphilis, sporotrichose, eczéma chez des malades non tuberculeux cliniquement*. — La cuti-réaction sur la peau malade est un peu plus prononcée que sur la peau saine, sans doute parce que le tégument malade était déjà rouge et plus vascularisé. Mais la différence est minime; les réactions sont très irrégulières dans leur intensité qui semble dépendre de l'état de tuberculisation latente du sujet. Jamais la réaction n'a été aussi forte que sur les placards tuberculeux.

IV. *Dermatoses parasitaires proches de la bacilliose de Koch*. — *Lèpre*. — Sur 4 lépreux éprouvés, 2 n'ont pas réagi à la cuti-réac-

tion faite sur des lépromes infiltrés et encore en activité; 2 ont vivement réagi. Le premier essai a été fait sur un léprome résorbé de la face qui ne laissait plus qu'une teinte cuivrée fauve. Ce léprome a très vivement réagi avec papulation rouge sans vésiculation, tuméfaction et rougeur diffuse douloureuse, débordant la strie de 10 à 20 millimètres. Le deuxième essai a été fait sur un léprome infiltré de la jambe; la strie est devenue une sorte de nodule très saillant, indolore, violacé-brun sans presque de rougeur autour. Ni dans le premier, ni dans le second cas, il n'y a eu réaction générale.

V. *Dermatoses chez des malades tuberculeux atteints de dermatoses non tuberculeuses. Eczéma. Sporotrichose.* — La réaction sur la peau saine est d'ordinaire forte; la réaction sur la peau malade a une intensité à peu près égale, plutôt plus marquée. Cette réaction serait forte pour une cuti-réaction en peau saine; elle est faible pour une réaction sur peau malade si on la compare aux réactions habituelles du lupus. Il y a donc une faible réaction de la peau malade, bien que la lésion tégumentaire ne soit pas tuberculeuse. D'autre part, quelques réactions sur des lupus, tuberculoses incontestées, sont faibles, donc, entre la réaction « forte » sur peau eczémateuse d'un malade tuberculeux et la réaction « faible » du lupus, la différence serait bien petite s'il fallait l'invoquer pour poser un diagnostic.

Par cette série de faits, on voit que toujours la lésion tuberculeuse cutanée réagit à la cuti-réaction locale. Les tuberculoses typiques comme le lupus de Willan, et atypiques comme le lupus érythémateux, réagissent dans les mêmes proportions et avec une intensité presque égale, quoique différente. La lésion guérie ne réagit plus; certaines lésions paraissant guéries réagissent encore, parce que sans doute elle contiennent encore du tissu tuberculeux. On peut donc tirer de la cuti-réaction locale d'utiles indications thérapeutiques (1).

Pour juger de la valeur de la méthode, il nous a paru intéressant d'y soumettre un cas de *pityriasis rubra pilaire*; on sait que grâce aux travaux de Milian on suspecte maintenant la tuberculose dans l'étiologie si obscure de cette dermatose. Notre malade a été soumis aux autres épreuves de diagnostic par les tuberculines: injection sous-cutanée et ophtalmo-réaction. La tuberculine sous-cutanée a amené

(1) Dans ces indications thérapeutiques la cuti-réaction locale nous a semblé supérieure au moins dans un cas à la tuberculine sous-cutanée; en effet le malade ne réagissait plus localement qu'à des doses fortes de tuberculine sous-cutanée; l'ophtalmo-réaction était négative, on aurait pu croire le lupus guéri, or la cuti-réaction locale était nettement positive et montrait que la guérison n'était pas entière, et en effet une forte dose de tuberculine sous-cutanée provoquait une réaction locale et générale.

une réaction fébrile, dépassant 39° qui s'est prolongée pendant plusieurs jours, bien que la dose injectée ne fût que d'un dixième de milligramme; l'ophtalmo-réaction répétée deux fois a été négative; la cuti-réaction locale a été positive et marquée par une réaction locale des plus nettes, la strie est au centre d'une saillie marquée, les bords sont évasés, l'ulcération linéaire est profonde et suintante, la tuméfaction et la rougeur débordent la papulation de plus de 20 millimètres, si bien que des stries parallèles faites à 2 centimètres d'intervalle se confondent en un placard surélevé rouge et douloureux. En même temps se produit une réaction fébrile générale à 38°,1. Dans ce cas, la cuti-réaction locale a donné des résultats identiques à ceux de la tuberculine sous-cutanée, la réaction locale a même été beaucoup plus nette.

Cette méthode, si séduisante par sa simplicité, n'est pourtant pas parfaite.

Elle présente *trois causes d'erreur* :

La première cause est que certaines tuberculoses évidentes réagissent sans grande intensité, parfois même faiblement, pas plus que la peau non malade. Si le diagnostic de lésion tuberculeuse était douteux, *la cuti-réaction locale étant égale, ou à peine plus forte que la cuti-réaction sur la peau saine*, on ne pourrait conclure à une réaction locale de la lésion suspectée et le diagnostic resterait en suspens.

La deuxième cause d'erreur est la réaction relativement forte de certaines dermatoses chez des malades tuberculeux. S'il fallait poser un diagnostic, la cuti-réaction sur peau malade étant relativement forte, on hésiterait. La comparaison de la cuti-réaction sur peau saine et sur peau malade peut aider à trancher le doute : lorsque la cuti-réaction sur peau saine est faible ou nulle, et que la cuti-réaction sur peau malade est nette, on a le droit de conclure à une réaction locale.

Enfin, *la troisième cause d'erreur est la réaction parfois très vive que présentent certains lépromes*. Il n'y a donc pas spécificité absolue; le lépreux réagit localement à la tuberculine comme il a souvent une réaction générale avec la tuberculine sous-cutanée.

Ces inconvénients, qu'il ne faut pas dissimuler, *sont ceux de toutes les méthodes de réaction par les tuberculines* : injections sous-cutanées, ophtalmo-réactions, cuti-réactions. Certaines tuberculoses démontrées ne réagissent pas ou réagissent trop faiblement pour que la réaction soit valable, certaines dermatoses chez des tuberculeux réagissent faiblement quoique n'étant pas tuberculeuses, certaines dermatoses, bactériologiquement proches de la bacillose de Koch, la lèpre par exemple, réagissent.

La cuti-réaction locale, sauf lorsqu'elle sera intense et accompagnée de réaction générale, demandera donc toujours à être interprétée, les causes d'erreurs devront toujours être présentes à l'esprit, et l'on

se souviendra que la réaction locale peut être précoce, transitoire et courte.

Cette série d'observations nous permet de recommander la méthode, mais non de porter un jugement général ; nos résultats demandent à être confirmés et contrôlés par de plus nombreuses séries d'expériences. En tous cas, la méthode fondée sur le principe d'une réaction locale obtenue en agissant sur la lésion suspectée elle-même, semble à l'abri des reproches faits à d'autres méthodes ; elle est sans inconvénients, et elle est plus facilement acceptée du malade que l'ophtalmo-réaction et que la tuberculine sous-cutanée.

M. GAUCHER. — Je voudrais demander à M. de Beurmann si, dans ses observations, il a fait la distinction entre les deux grandes variétés de lupus érythémateux. Cette distinction, qui a été faite cliniquement par M. Brocq, a été confirmée expérimentalement par mes élèves, MM. Paris et Dobrovici. En appliquant la séro-réaction à l'étude des lupus érythémateux, ceux-ci ont vu que l'agglutination du bacille de Koch s'observait dans les cas de lupus érythémateux fixe, tandis qu'elle ne s'observe pas dans le lupus érythémateux aberrant. Le lupus érythémateux fixe serait donc de nature tuberculeuse, il n'en serait pas de même de la forme aberrante. Quant aux cas décrits sous le nom de lupus érythémateux généralisés, ce sont des érythrodermies de nature tuberculeuse et ils sont à rapprocher du pityriasis rubra.

Incidemment, je ferai remarquer qu'un malade atteint de pityriasis rubra pilaire que j'ai pu observer longtemps, est mort de tuberculose.

M. DE BEURMANN. — Nos quatre lupus érythémateux sont des lupus érythémateux fixes du type herpès crétacé de Devergie, le cinquième est un lupus pernio fixe tout à fait caractéristique.

M. LENGLET. — Il est de toute nécessité de séparer des formes centrifuges du lupus érythémateux les formes disséminées, aberrantes, plus ou moins fixes, se rapprochant par leur évolution de la forme lupus érythémateux exanthématique de Kaposi et pouvant être au point de vue pathogénique rapprochées, comme le dit M. Gaucher, du pityriasis rubra grave de Hebra et de certains cas de pityriasis rubra pilaire se terminant par tuberculose.

La variété lupus érythémateux centrifuge de Brocq, fugace, peu profonde, variable, guérissant, récidivant tour à tour, ne paraît pas affecter la santé générale des sujets et, ni l'examen viscéral pratiqué pendant l'évolution du lupus centrifuge, ni l'évolution ultérieure ne permettent de conclure qu'il y ait chez ces malades un rapport constant entre leur dermatose et une localisation viscérale tuberculeuse.

Il n'en est pas de même des formes fixes, y compris l'herpès crétacé, la fréquence avec laquelle on constate des lésions pulmonaires tuberculeuses chez ces sujets, l'existence d'autopsies ayant confirmé ces lésions, la mort de beaucoup d'entre eux par infection tuberculeuse avérée, ne permettent pas de douter qu'il y ait là cliniquement une relation de cause à effet.

Nous ne pouvons donc que nous joindre à M. Gaucher pour en réclamer avec Brocq la séparation.

Quant au pityriasis rubra pilaris, nous avons eu l'occasion d'en connaître un cas qui se termina par la mort peu après la disparition de l'éruption. La bacillose se généralisa rapidement aux poumons et le malade fut emporté par tuberculose généralisée.

Deux plaques symétriques d'atrophie cutanée antibrachiale.

Par MM. DANLOS et BLANC.

M. C. S..., âgé de 50 ans, commerçant, a contracté la syphilis il y a 30 ans et l'a traité très peu de temps au mercure ; depuis il n'a présenté que quelques lésions buccales sans importance, dont la nature spécifique n'a pas été médicalement constatée.

Il y a 15 ans, il s'est aperçu de l'apparition sur les avant-bras des taches qu'il présente actuellement, et qui ne paraissent pas avoir subi, depuis cette époque, de modifications appréciables.

Complètement indolores spontanément, elles siègent un peu au-dessus de l'interligne radio-carpien sur la face antérieure des avant-bras.

A gauche, la lésion se présente sous la forme d'une plaque sensiblement ronde de la dimension d'une pièce de cinq francs, dont les limites, assez facilement perceptibles, ne donnent aucune sensation au toucher. Cette plaque sur laquelle la peau est manifestement amincie peut se diviser en deux parties à peu près égales par un diamètre vertical : l'une externe blanchâtre, pseudo-cicatricielle, l'autre intense plus rosée, plus vasculaire, finement plissée, plus douce au toucher que la partie blanche et légèrement plus brillante. En tous les points de la lésion les veines sous-jacentes apparaissent beaucoup plus nettement que sur les parties voisines. La sensibilité paraît légèrement altérée, très légère hyperesthésie au tact et hypoesthésie à la chaleur ; ces modifications ne sont d'ailleurs pas exactement limitées à la plaque, mais s'étendent à toute la région antérieure du poignet. Le pli déterminé par le pincement est manifestement beaucoup plus mince que sur les régions voisines.

A droite, la plaque est plus petite, irrégulièrement rectangulaire et présente la même apparence, mais les phénomènes y sont moins nets. La peau, plus rosée, plus vasculaire et plus fine que celle des parties voisines, est uniformément teintée.

Ces lésions ont été traitées il y a 10 ans par des courants faradiques et des emplâtres de Vigo sans aucun résultat. Le malade présente d'autre part une bonne santé, sauf des hémorroïdes et un peu de séborrhée.

En résumé, il s'agit de deux petits placards d'atrophie cutanée. La lésion constitue plutôt une difformité qu'une maladie, puisqu'elle n'a pas depuis quinze ans subi d'évolution. Peut-être même est-elle congénitale, et préexistait-elle à l'observation. Elle ne se rattache à aucune maladie appréciable. Ces cas d'atrophie cutanée

idiopathique (?), extrêmement rares chez nous, semblent plus communs en Allemagne (et sont peut-être à rapprocher de ceux qui ont été montrés au Congrès de Berlin). A noter que le sujet est israélite, et que sa mère est née en Bavière, de parents Alsaciens.

Deux cas de syphilis secondaire chez des malades atteints de glossite exfoliatrice marginée avec langue scrotale.

Par MM. DANLOS et BLANC.

I. — Sar..., Berthe, ménagère, âgée de 22 ans, entre le 24 septembre salle Bielt, n° 37, pour des érosions buccales.

Antécédents héréditaires. — Son père et sa mère sont bien portants, cette dernière très petite, 1^m,55 environ. Elle est l'aînée de 4 enfants tous morts prématurément, l'un à 6 mois d'un abcès sous-maxillaire qui se serait ouvert spontanément, les 3 autres avant l'âge de 15 mois, de rougeole et de bronchite. De plus, la mère aurait fait en dernier lieu une fausse couche de 3 mois.

Antécédents personnels. — La malade a marché de bonne heure et sa dentition a été assez hâtive, sans convulsion. Vers l'âge de 4 ans elle a eu un abcès cervical à droite et un autre sur la face interne du tibia droit. Après une évolution froide de plusieurs mois ces abcès se sont ouverts spontanément et ont laissé des cicatrices très nettes.

Depuis son enfance elle est sujette aux bronchites et *présente sur la langue de petits placards reconnus par ses parents.*

Mariée depuis un an et enceinte 5 mois après, elle a vu apparaître à cette époque un bouton (?) sur la grande lèvre gauche, soigné à la poudre de calomel et durant une quinzaine de jours. Elle ne s'est aperçue d'aucune autre manifestation cutanée.

Le 5 octobre elle fait une fausse couche de 5 mois et peu de temps après apparaissent des plaques muqueuses buccales. Actuellement on retrouve des plaques muqueuses aux commissures labiales, sur la luette et les piliers.

Sur la langue, d'*aspect scrotal*, existent des plaques irrégulières mais typiques de glossite exfoliatrice marginée siégeant surtout sur les bords et près de la pointe, et migratrices.

La recherche minutieuse des symptômes de syphilis héréditaire ne permet de retrouver que la polymortalité infantile des collatéraux, la taille exiguë de la mère, et un nervosisme assez accentué; il n'existe, en effet, aucun stigmate cranien ni facial, aucun trouble auriculaire, dentaire ou oculaire. Le système nerveux paraît intact, les réflexes sont normaux.

II. — C... M..., caoutchoutière, âgée de 22 ans, n° 42 de la salle Bielt.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort tuberculeux à 45 ans. Sa mère, vivante et de bonne santé habituelle, est, paraît-il, affectée d'une maladie du cœur. Elle aurait eu un enfant vivant et deux fausses couches avant la naissance de la malade.

Antécédents personnels. — Depuis sa naissance elle aurait été presque constamment malade, bronchites multiples, rougeole, coqueluche, croup. Elle se plaint de plus de céphalées tenaces et de douleurs en ceinture fréquentes, l'apparition des premières dents a été très tardive (18 mois). Très petite et maigre, cette femme serait pourtant plus grande que sa mère, véritable naine. Aucun vice de conformation appréciable, pas de lésions oculaires, dents normales. Il y a 3 mois, apparition d'une lésion sur la grande lèvre gauche, paraissant avoir été un chancre.

Elle entre le 30 novembre, présentant une roséole très nette en voie de disparition et des plaques muqueuses hypertrophiques très étendues à la vulve. Dans la bouche, plaques muqueuses sur la luette et les piliers, la langue est *scrotales*, fendillée sur les bords ; il existe de plus sur le bord droit près de la base un placard polycyclique de glossite exfoliatrice marginée disparaissant certains jours pour reparaitre plus nettement ensuite ; *cet état de la langue paraît avoir toujours existé.*

A part la petite taille, on ne retrouve chez elle aucun stigmate, sauf du côté du système nerveux, nombreuses convulsions dans l'enfance, nervosisme très net et réflexes patellaires un peu vifs.

Nous avons tenu à donner avec quelques détails les antécédents héréditaires et personnels de ces deux malades, en raison des rapports possibles de la glossite marginée et de l'hérédo-syphilis. L'opinion qui rattache cette singulière lésion de la langue à l'hérédité syphilitique, admise par quelques-uns, mais douteuse pour le plus grand nombre, ne semble pas justifiée dans nos deux observations. Chez la première malade, pas de stigmates spécifiques, car la polymortalité infantile semble avoir été accidentelle, et les lésions suppuratives ont eu l'allure des suppurations bacillaires ; chez la seconde, même constatation. On pourrait encore ajouter que les faits de syphilis acquise chez les hérédo-spécifiques sont très rares, bien qu'incontestables ; et que la présence simultanée de deux cas aussi exceptionnels semble aussi constituer une présomption négative.

M. FOURNIER. — La première des malades présentées par M. Danlos offre du strabisme : elle est d'une taille petite. Ce sont là des stigmates d'hérédo-syphilis. En présente-t-elle d'autres ? Ce serait à rechercher.

M. GAUCHER. — La syphilis toxinique dystrophique n'empêche nullement de contracter la syphilis. On a même pu voir des hérédo-syphilitiques ayant présenté des lésions cutanées, contracter la syphilis : ces faits ont été réunis dans la thèse de mon élève, M. Rostaine.

M. FOURNIER. — J'ajouterai ceci : Il n'est point besoin de présenter des stigmates d'hérédo-syphilis pour être hérédo-syphilitique. J'ai soigné une petite fille de 5 ans qui n'en présentait aucun ; cependant elle était épileptique et fille de syphilitique.

M. RENAULT. — La glossite exfoliatrice marginée est intéressante au point

de vue pratique, car les malades ont tendance à la rapporter à la syphilis. Elle se rencontre souvent chez les arthritiques.

M. DANLOS. — Je suis le premier à reconnaître le grand service qu'a rendu M. Fournier par ses beaux travaux sur la fréquence de l'hérédosyphilis et les stigmates qui permettent de la dépister ; et comme lui j'admets qu'elle peut exister même sans stigmates, mais l'affirmation en ce cas me semble hasardeuse. Que l'existence reconnue de la syphilis chez un ascendant éveille chez ses enfants le *soupçon* de syphilis, rien de plus légitime ; mais à propos d'un état dont l'étiologie est variable comme l'est celle de l'épilepsie, ce commémoratif seul ne me paraît pas suffisant pour justifier une *affirmation*. Il est à craindre en agissant ainsi que l'on arrive à grossir sans raison le nombre des cas d'hérédosyphilis, et à prétendre, ce qui n'est pas encore démontré, que chacun de nous est syphilitique par acquisition personnelle ou par hérédité.

Quatre nouveaux cas de pellagre observés à Alger. Traitement par l'atoxyl.

Par M. BRAULT.

Au mois de juin dernier, je communiquais à la Société 3 observations de pellagre terminées par la mort ; depuis j'ai observé 4 nouveaux cas graves, avec 1 décès. Ces 7 observations, pour la seule année 1907 (1), montrent bien que certaines années, la pellagre n'est pas une quantité absolument négligeable, elle est d'ailleurs grave et évolue souvent d'une manière fatale en une seule année.

Nos premiers cas concernaient 2 Espagnoles et 1 indigène ; dans cette nouvelle série, nous comptons 2 indigènes musulmans, 1 naturalisé d'origine mahonaise et 1 Français né en Algérie.

En ce qui concerne le traitement par l'*atoxyl* qui a été appliqué à ces 4 derniers malades, nous ne pouvons encore formuler aucune conclusion. Le premier cas a été traité in extremis, le malade n'a reçu qu'une seule injection ; dans les 3 autres cas, très sévères, d'ailleurs, cette médication appliquée en dehors du traitement symptomatique a paru exercer une action favorable ; mais, en thérapeutique, il faut se montrer sceptique, et ce n'est qu'en suivant longtemps les malades qu'on peut se faire une opinion ferme.

Voici le résumé de nos 4 nouveaux cas :

Obs. IV. — D. b. Y..., journalier indigène, 27 ans, entre salle Hardy le 22 août 1907 ; cet homme, entaché d'alcoolisme, *ne mange pas de maïs*, il vient des environs de Rovigo.

(1) De 1898 à 1907 nous comptons 19 cas dûment constatés dans le service, soit : 9 musulmans, 5 Espagnols des deux sexes, un Mahonais, 3 Français des deux sexes et une juive, 13 hommes et 6 femmes.

Début de la maladie il y a 6 mois: céphalée, faiblesse, raideur dans les jambes.

Actuellement figure brune desquamante, conjonctives injectées, nuque très teintée, rôtissure du dos des mains, des pieds et du tiers inférieur des jambes.

Diarrhée, lèvres fissuriques, langue dépouillée, fièvre élevée. Délire intense redoublement nocturne, démarche ébrieuse, tremblement marqué, réflexes rotuliens abolis, myosis, incontinence des urines et des matières.

Les symptômes vont s'aggravant malgré une piqûre d'atoxyl de 0^{gr},10 faite le 26 août; le malade succombe le 27 à 10 heures du soir.

L'autopsie a été faite d'une façon très complète: rétraction de l'estomac, amincissement, vascularisation de l'intestin, congestion des méninges et des centres cérébro-spinaux sont les seuls signes macroscopiques. Les pièces ont été conservées: peau, centres nerveux seront coupés.

Obs. V. — B. S..., 22 ans, journalier indigène, garçon de gargotte, alcoolique *n'a jamais mangé de maïs*, entré salle Hardy le 29 août 1907. Il habite Alger.

Début de l'affection au commencement d'août: coliques, érythème. Actuellement, en dehors de l'érythème classique: dos des mains, pieds, face, le malade porte un collier brun foncé à la base du cou et aussi quelques plaques colorées aux coudes et aux hanches. Diarrhée forte, coliques, selles sanglantes (9 à 10 en 24 heures). Démarche mal assurée, visage hébété, pas de délire marqué, pupilles dilatées.

Pas de fièvre, urines normales.

Traitement. — Cachets de salicylate de bismuth et benzo-naphtol. élixir parégorique contre la diarrhée, compresses humides puis pommade soufrée ichthyolée contre l'érythème.

Atoxyl: 30 août, 0^{gr},10; 4 septembre, 0^{gr},10; 9 septembre, 0^{gr},20; 13 septembre, 0^{gr},20; 19 septembre, 0^{gr},20; 21 septembre, 0^{gr},20; 28 octobre, 0^{gr},15.

Il n'y a pas eu d'élévation appréciable de la température après les injections, les coliques, la diarrhée et quelques fourmillements dans les jambes ont persisté longtemps; les autres symptômes et l'état général se sont assez rapidement amendés.

Obs. VI. — S..., Jean, caviste, 35 ans, réside en Algérie depuis sa naissance, naturalisé Français, il est Mahonais d'origine. Alcoolisme. La maladie remonte au mois de mars 1907: coliques, douleurs dans les membres inférieurs.

Un peu plus tard, alors que le malade marcha dans les vignes au soleil, survint l'érythème (mains, figure).

Dernièrement, en faisant ses 28 jours à Bonéra, son mal empira et on l'évacua sur Alger; entré salle Hardy, lit 9, le 3 octobre 1907.

État actuel. — Rôtissure sombre sur le dos des mains, collier érythémateux autour du cou avec plastron au-devant de la poitrine; à la face le nez et les régions circonvoisines sont surtout pris.

Les coliques du début ont un peu disparu, les troubles digestifs, en effet, dans ce cas, sont peu accentués.

Le système nerveux, par contre, est très touché. Le malade, subdélirant

le jour, divague complètement la nuit. Il comprend mal les questions et répond difficilement, il y a un peu d'embarras de la parole; S... passe d'ailleurs par des alternatives d'excitation et de dépression.

Sur les jambes, la sensibilité à la température, à la douleur, au tact est très obtuse, la démarche est ébrieuse; réflexes exagérés, fourmillements dans les membres inférieurs. D'après le malade, sa vue est un peu voilée.

Le foie est petit, la rate est normale, le cœur et les poumons paraissent sains.

Pas de fièvre, urines normales.

Traitement. — En dehors du traitement symptomatique, atoxyl en injections: 0^{sr},10 le 3 octobre, 0^{sr},10 le 8 octobre, 0^{sr},20 le 13, 0^{sr},20 le 17, 0^{sr},20 le 21, 0^{sr},20 le 25 octobre (1).

Le mieux va toujours en s'accroissant.

Obs. VII. — C..., Pierre, 35 ans, charretier, a toujours séjourné en Algérie; il est né à Perrigueux de parents français.

Il prend ses repas dans une gargotte, il prétend *ne pas avoir mangé de maïs*; par contre, il est franchement alcoolique.

L'affection débuta chez lui, vers la fin d'août; érythème: mains, face, bras, pieds; peu après vinrent les coliques et la diarrhée; enfin la vue se brouilla un peu, les jambes faiblirent et le délire apparut. Le malade entre à ce moment salle Hardy lit 3, le 8 octobre 1907. Nous constatons chez lui un érythème foncé: à la face, le nez, les paupières sont surtout teintés, les conjonctives sont injectées.

Vaste collier et plastron au cou et au-devant du thorax. Il existe une disposition très particulière de l'érythème à la racine des membres supérieurs. Des deux côtés la teinte érythémateuse dessine sur les régions scapulaires du malade, des omoplates assez réduites, après quoi elle contourne le moignon de l'épaule qu'elle recouvre, pour descendre en dernière analyse sur la partie antérieure du bras et de l'avant-bras. La teinte est surtout marquée au pli du coude.

Érythème exulcéré de la face dorsale des pieds, érythème du dos des pieds.

Le malade vomit le matin, diarrhée profuse, évacuations involontaires. C. P. délire presque tout le temps, mais, surtout la nuit, il bégaye; sur les membres principalement ses sensations sont retardées (douleurs, température, tact, pression).

Les réflexes patellaires sont exagérés, la marche est difficile, ébrieuse. Rate normale, foie petit, cœur et poumons sains. Pas de fièvre, température plutôt basse, urines normales. Malgré le traitement l'état du malade reste grave (2).

Traitement. — Thérapeutique antidiarrhéique, pansements de l'érythème;

(1) Dans ce cas et dans le suivant les injections d'atoxyl n'ont pas amené d'élévation appréciable de la température.

(2) Une ponction lombaire a été faite, le liquide recueilli était un peu floconneux, il y avait plutôt hypotension. Du sang également a été recueilli; des inoculations, et des cultures ont été faites. La maladie a bien plutôt les caractères d'une maladie infectieuse que d'une intoxication alimentaire.

atoxyl en injections : 0^{sr},10 9 octobre, 0^{sr},10 14 octobre, 0^{sr},20 19 octobre, 0^{sr},20 23 octobre, 0^{sr},20, 27 et 31 octobre.

Addendum. — Le malade qui fait le sujet de la dernière observation, et qui s'était tout d'abord relevé, a décliné rapidement et s'est éteint le 1^{er} novembre, en dépit du traitement par l'atoxyl.

Quelques cas de lèpre tuberculeuse traités par l'atoxyl.

Par M. BRAULT.

Depuis bien longtemps, j'ai essayé l'arsenic sous toutes ses formes (cacodylate, arrhénal), comme adjuvants dans le traitement de mes lépreux ; cette médication m'a donné quelques légères améliorations ; toutefois, l'atoxyl, le nouveau venu, me paraît supérieur et les améliorations constatées dans le service ont été un peu plus manifestes.

Je n'ai pu essayer l'atoxyl que sur des lèpres déjà anciennes, peut-être peut-on obtenir davantage sur la maladie prise au début.

Parmi les lépreux du service, 3 seulement ont reçu des piqûres d'atoxyl.

Voici le résumé de la marche du traitement, fait par l'externe de la salle, M. Masselot :

I. Meng..., Maxime, Brésilien, salle Hardy, n° 11 (1), atteint de lèpre tuberculeuse ; nombreux tubercules et macules disséminés sur les membres, le tronc et la partie antérieure du cou, tubercules très volumineux de la face.

A reçu 7 piqûres d'atoxyl de 0^{sr},50 chaque du 27 mai au 8 juin ; 5 piqûres du 20 juin au 28 du même mois, 5 piqûres du 8 au 29 juillet ; 6 piqûres du 21 août au 1^{er} septembre, 6 du 24 septembre au 7 octobre, dans cette dernière série il y a eu une piqûre à 0^{sr},40 et une autre à 0^{sr},45 ; soit en tout 29 piqûres et 13^{sr},85 d'atoxyl.

Les tubercules se sont affaîssés, la diminution est surtout très notable pour ceux de la face. Mais l'insensibilité à la piqûre persiste au niveau des macules et des tubercules.

II. M. R..., sujet espagnol, salle Hardy, n° 13. Lèpre à forme tuberculeuse datant de 8 ans. Macules et nombreux tubercules, lésions ouvertes ; le malade n'a pas aussi bien supporté le traitement que le précédent, il a eu des coliques assez vives vers le 1^{er} septembre et on a dû interrompre la médication ; voici comment ont été réparties les piqûres :

9 juillet	0,25	22 juillet	0,35
13 juillet	0,30	1 août	0,35
20 juillet	0,35	21 août	0,30

(1) Hôpital de Mustapha.

23 août	0,30	28 septembre	0,30
30 août	0,30	1 octobre	0,30
1 septembre	0,30	4 octobre	0,30
21 septembre	0,30	7 octobre	0,30
26 septembre	0,30		

Soit 15 piqûres et 4^{sr},60 d'atoxyl.

Les tubercules ne se sont pas beaucoup affaissés, ils ont pâli ; les lésions ouvertes se sont toutes cicatrisées. Aucune amélioration sensible au niveau des bandes d'anesthésie.

III. Pr. Fr..., Espagnol, salle Hardy, n° 16; lèpre à forme tuberculeuse ; début de la maladie 2 ans environ, nombreux tubercules cutanés, poussées fréquentes, lésions ouvertes.

Le malade a reçu :

18 juillet	0,30	30 août	0,30
23 juillet	0,30	24 septembre	0,30
26 juillet	0,30	26 septembre	0,30
31 juillet	0,30	28 septembre	0,30
21 août	0,30	1 octobre	0,30
23 août	0,30	4 octobre	0,30
26 août	0,30	7 octobre	0,30
28 août	0,30		

Soit 16 piqûres et 4^{sr},80 d'atoxyl. D'après son dire, le malade se sent mieux, il se sent plus fort ; un certain nombre de tubercules se sont manifestement affaissés, les lésions ouvertes se sont cicatrisées, l'insensibilité persiste *sans amélioration* dans les zones anesthésiées. En somme, nos malades ont pu supporter des doses assez élevées d'atoxyl sans présenter d'intoxication (1). Nous les avons surveillés de près à cet égard et nous avons espacé les doses en séries. — A part les phénomènes intestinaux relatés chez le malade du n° 13, nous n'avons rien constaté.

Les malades sont au repos actuellement ; vis-à-vis des améliorations constatées, nous allons continuer le traitement pendant quelque temps.

Note à propos de l'ophtalmo-réaction chez les lépreux.

Par M. J. BRAULT.

Cinq lépreux de notre service ont été soumis à l'ophtalmo-réaction par la tuberculine, par notre interne M. Artigues, 3 ont donné un résultat négatif ; 2 autres, au contraire, ont nettement réagi.

Parmi les cas négatifs, il y avait une lèpre à systématisation nerveuse prédominante, datant de 8 années, avec griffe, déformations multiples des extrémités, pieds atrophiques, perte d'un œil, troubles de la sensibilité variés et étendus ; et 2 lèpres à systématisation plutôt cutanée, l'une déjà ancienne de 5 ans, très grave, avec de multiples

(1) Aucun de ces 3 malades ne présentait d'albumine dans les urines.

lésions ouvertes, l'autre moins avancée (3 ans), mais cependant avec de très gros tubercules.

Les deux malades qui ont donné des résultats positifs, portaient tous les deux des lèpres à forme tuberculeuse ; pour l'un, le début de la maladie remonte à 8 ans, macules, tubercules nombreux, troubles étendus de la sensibilité ; pour l'autre, l'affection n'est vieille que de 2 années, nombreux tubercules, troubles de la sensibilité moins étendus que chez le précédent (1).

Les malades ont été soigneusement examinés et, cliniquement, l'un d'eux ne paraissait atteint d'aucune tare tuberculeuse (2) ; l'autre, au contraire, était douteux.

M. Artigues a fait l'épreuve expérimentale ; pour le premier le cobaye n'a pas réagi ; au contraire, pour le douteux, l'épreuve a été positive.

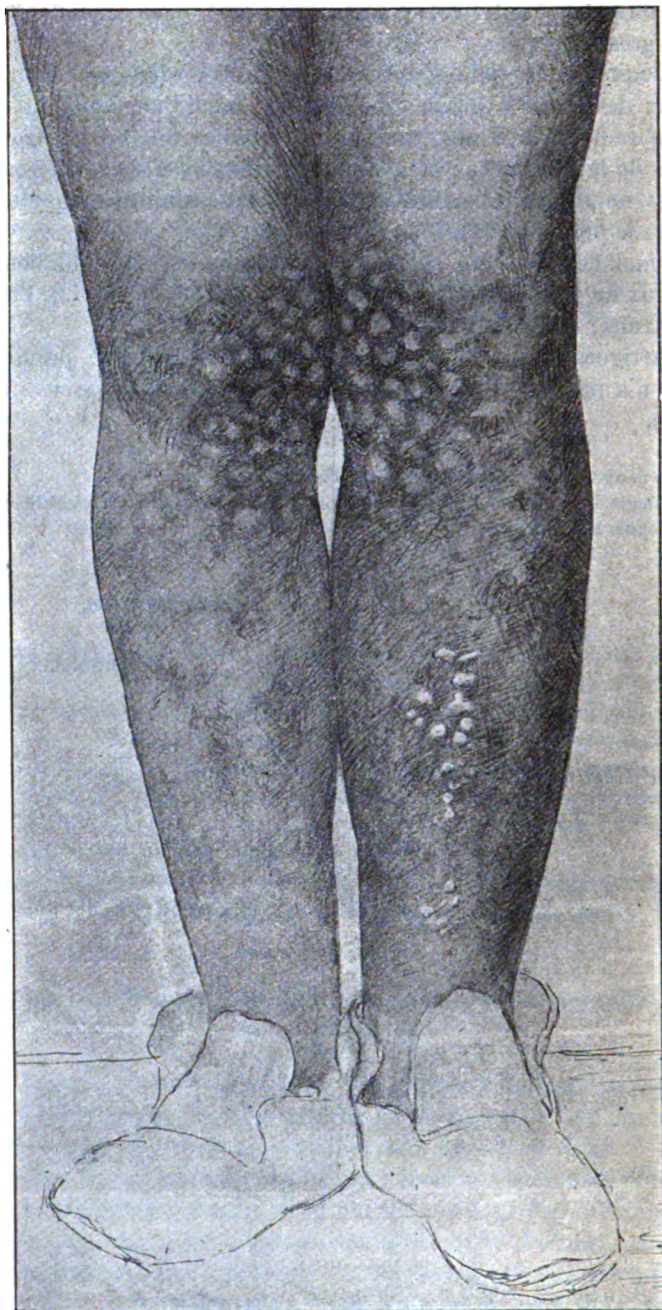
(1) Ces deux malades étaient traités par l'atoxyl.

(2) Il s'agit, bien entendu, ici de l'infection par le bacille de Koch, c'est le malade atteint depuis huit ans.

Le Secrétaire,

M. DRUELLE.

Le Gérant : PIERRE AUGER.



Chauvet del.

Cas de livedo présenté à la séance de juillet par MM. F. Balzar et P. Merle.

SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1907

Présidence de M. Alfred Fournier.

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — A l'occasion du procès-verbal : La nature tuberculeuse du pityriasis rubra pilaris, par M. MILIAN. — Rapport de la Commission de l'huile grise, par M. LAFAY. — Sur une aplasie congénitale non moniliforme des cheveux, par MM. HALLOPEAU et RAILLIET. (Discussion : MM. FOURNIER, HALLOPEAU.) — Sur un cas de lépre grave considérablement amélioré par l'atoxyl, par MM. HALLOPEAU et AINE. (Discussion : MM. DANLOS, DE BEURMANN, HALLOPEAU.) — Sur un cas de maladie de Duhring-Brocq indolore et variable dans ses manifestations, par MM. HALLOPEAU et AINE. — Sur un prurigo exanthématique avec localisation en jarrettières (fait nouveau), par MM. HALLOPEAU et AINE. — Un cas de morphée des deux seins, par MM. BALZER et GALUP. — Petite épidémie familiale de favus, par MM. BALZER et GALUP. — Syphilides tuberculeuses en nappes avec cicatrices atrophiques et atrophies diffuses, par MM. BALZER et GALUP. — Chancre de la cloison du nez, par MM. GAUCHER, LOUSTE et NATHAN. — Syphilis linguale ou épithélioma? par MM. GAUCHER, LOUSTE et BORY. (Discussion : M. FOURNIER.) — Syphilide ulcéreuse maligne, par MM. GAUCHER, LOUSTE et BORY. (Discussion : MM. EUDLITZ, FOURNIER, LAFAY, CHATIN, BALZER, LOUSTE.) — Mal perforant buccal; ozène consécutif, par MM. GAUCHER et BORY. — Mycosis, syphilis ou pemphigus par MM. GAUCHER, LOUSTE et BORY. — Nouveau cas de mort à la suite d'injections d'huile grise, par MM. GAUCHER, LOUSTE et BORY. (Discussion : MM. LÉVY-BING, BALZER, EUDLITZ, LOUSTE, AUDRAIN.) — Chancre syphilitique du menton, par MM. DANLOS et BLANC. (Discussion : MM. FOURNIER, DANLOS, BAUDOUIN). — Trois cas de chancres syphilitiques des doigts, par MM. DANLOS et BLANC. (Discussion : MM. QUEYRAT, BAUDOUIN, BALZER, FOURNIER). — Roséole lépreuse simulant la syphilis, par MM. DANLOS et BLANC. — Un cas de mycosis simulant par places la syphilis. Résorption rapide d'une grosse tumeur après une séance de radiothérapie, par MM. DANLOS et BLANC. — Coexistence de syphilides tertiaires avec un lichen plan, par MM. DANLOS et BLANC. — Troubles sensitifs des lépromes, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. — Placards érythémato-squameux persistant depuis 6 semaines à la suite d'une cuti-réaction tuberculinique, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. — Elections.

Ouvrages offerts à la Société.

BAVEREY. — Dermatite érythrodermique avec atrophie maculeuse, d'origine tuberculeuse. *Th. de Lyon.*

H. BLANC. — Psoriasis vaccinal. *Th. de Lyon.*

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

La nature tuberculeuse du pityriasis rubra pilaris.

Par M. MILIAN.

Le malade atteint de pityriasis rubra pilaris qui a été présenté par M. de Beurmann, à la dernière séance de la Société de dermato-

logie, contrairement à ce qui a été dit par cet auteur (p. 402) et ainsi qu'il a été rectifié dans la communication in extenso (p. 438), a réagi violemment à la tuberculine avec 2/10 de milligramme après une seule injection. Ce fait positif est d'autant plus intéressant à constater que, malgré l'exploration clinique la plus attentive, il est impossible de déceler la moindre trace de tuberculose chez le sujet. Il est vraisemblable de penser que l'éruption, importante par l'étendue, est responsable de cette vive réaction.

Je ferai remarquer que, depuis ma première communication sur ce sujet (*Bulletin de la Société de dermatologie et de syphiligraphie* 1906, p. 502), les trois cas qui ont été présentés ici même par d'autres observateurs [Hallopeau (séance du 6 juin 1907, p. 310), Gaston et Courtellemont (séance du 7 novembre 1907, p. 398), de Beurmann], s'adressaient à des sujets notoirement tuberculeux.

Rapport de la Commission de l'huile grise.

Par M. L. LAFAY.

La Commission chargée d'élaborer un projet concernant les réformes à introduire dans la composition et la posologie de l'huile grise, réunie le jeudi 28 novembre sous la présidence de M. le professeur Alfred Fournier, a envisagé la question au double point de vue du titrage en mercure et de la nature de l'excipient.

A. *Titrage en mercure.* — La commission émet l'opinion : 1° Qu'il n'y ait désormais qu'un seul type d'huile grise ; 2° que ce type soit dosé à 0 gr. 40 de mercure par centimètre cube, titrage qui semble le plus conciliable avec l'intérêt des malades et des médecins.

B. *Nature de l'excipient.* — Se ralliant à la conclusion présentée à la Société de Pharmacie par M. Lafay dans la séance du 5 novembre dernier, la Commission propose la formule suivante :

Mercure purifié.....	40 grammes.
Lanoline anhydre ou graisse de laine.....	26 —
Huile de vaseline officinale.....	60 —

Cette formule, qui donne un volume de 100 centimètres cubes, fournit une huile sensiblement dosée à 0 gr. 40 de mercure par centimètre cube.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées à l'unanimité.

Sur une aplasie congénitale non moniliforme des cheveux.

Par MM. HALLOPEAU et RAILLIET.

L'aspect du cuir chevelu de cet enfant est au premier abord celui de l'aplasie moniliforme.

Son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

Louis D..., 6 ans.

Le père, alcoolique (buveur de vin et non d'absinthe), d'abord gai, puis sombre et brutal, s'est empoisonné le 23 décembre 1906. Il était atteint depuis longtemps d'une affection de la vessie. Une première femme lui avait donné 7 enfants (le 1^{er}, mort à 15 mois d'athrepsie, le 2^e à 15 jours de troubles digestifs (?), le 3^e à 17 ans, coxalgique et pot-tique, le 6^e de broncho-pneumonie à 32 mois. Le 4^e et le 5^e seuls sont bien portants ; le 7^e, âgé actuellement de 12 ans, est chétif. La mère de ces enfants est morte enceinte de 8 mois, d'une hémorragie.

La mère de notre petit malade est la sœur de cette dernière. Agée de 46 ans, elle a toujours été bien portante, à part quelques rhumes faciles. A 26 ans, elle eut, d'un premier mari, une fille, aujourd'hui bien portante et mariée. C'est seulement 15 ans après, sans fausse couche intermédiaire, qu'elle devint de nouveau enceinte, des œuvres de son beau-frère. Sa grossesse se passa normalement. Ayant eu ses dernières règles en mars 1901 et accouché le 25 décembre, elle se considérait comme à terme. Or, au dire de la sage-femme, elle n'était enceinte que de 8 mois, ce qui paraît encore exagéré si l'on s'en rapporte au poids de l'enfant, estimé approximativement, sans pesée, à 3 livres.

L'accouchement présenta quelques incidents. La mère avait perdu les eaux 4 jours avant, et, depuis 2 jours, ne sentait plus remuer. Présentation de l'épaule. Version et extraction assez pénible pour qu'on crût un instant nécessaire une application de forceps sur la tête dernière.

L'enfant paraissait avoir beaucoup souffert, et de fait, d'après les explications de la mère, il semble qu'il soit né en état d'asphyxie bleue très prononcée ; on lui fit la respiration artificielle, et il ne poussa son premier cri qu'au bout de 3/4 d'heure ; mais ce n'est que 8 heures après, qu'il commençait à crier normalement.

On avait bien remarqué à ce moment que cet enfant était tout à fait dépourvu de poils et que ses ongles couvraient à peine la moitié du lit unguéal, mais on n'y avait pas attaché d'autre importance.

Dans la suite, l'enfant eut de l'ophtalmie qui cessa le 21^e jour, et, le 2^e ou 3^e jour, apparut un ictere léger qui dura environ 3 semaines.

Il fut nourri au sein par sa mère jusqu'à l'âge de 25 mois, recevant, à partir du 10^e mois, quelques bouillies.

La fontanelle sagittale ne disparut que vers l'âge de 4 ans.

Habituellement bien portant, il a, de temps en temps, un peu de coryza.

Il y a 15 mois, on lui fit l'ablation de végétations adénoïdes.

Il y a 1 an environ survint, subitement, un strabisme qui, depuis lors, est intermittent, au dire de la mère.

A la suite de la mort dramatique du père, apparurent de petits boutons généralisés à toute l'étendue du corps ; cette éruption dura peu, mais il subsiste depuis cette époque un placard eczémateux, suintant, un peu irrité, qui occupe irrégulièrement le tiers inférieur du bras gauche et les deux tiers supérieurs de l'avant-bras. A la périphérie de la lésion existe du pityriasis pilaire. Traité sans aucun succès par l'oxyde de zinc, et, depuis

2 mois et demi, par le sérum de Quinton (2 injections de 10 à 30 grammes par semaine).

L'examen des divers appareils ne dénote d'autre particularité que des sommets pulmonaires un peu suspects.

Les testicules n'atteignent pas le volume d'un pois.

Très coléreux. Assez intelligent. N'a parlé que très tard.

Le teint est pâle, la peau fine sillonnée de veines. Le profil de l'enfant est celui d'un adénoïdien ; nez court, non en lorgnette, bouche ouverte ; la respiration nasale, améliorée à la suite de l'intervention chirurgicale, est de nouveau défectueuse. Voûte ogivale. Dentition en assez bon état : les dents, très bien conformées, ne présentent pas la moindre altération congénitale. Quelques ganglions sous-maxillaires légèrement hypertrophiés.

Strabisme interne de l'œil droit.

Mais ce qui frappe surtout, c'est l'alopecie très prononcée. L'état glabre du cuir chevelu constaté à la naissance persista, d'une façon absolue, jusqu'à l'âge de 2 ans. Alors apparurent quelques poils follets. Puis, vers 4 ans, le sommet du front, les tempes et la nuque, se garnirent de poils un peu plus foncés, formant presque une couronne. Aucun changement ne survenant, le reste du crâne restant aussi nu, la mère vint consulter au pavillon Bazin, le 26 septembre 1907. On lui recommanda d'appliquer, tous les 2 jours, la classique lotion excitante de Saint-Louis. En 2 mois, une amélioration manifeste s'est produite ; il s'est fait une poussée pileuse en calotte, développée surtout sur l'occiput et les bosses pariétales, mais un peu irrégulière et parsemée d'îlots moins fournis. Le vertex est encore à peu près dégarni, mais, à jour frisant, on le voit couvert de follets assez abondants, d'un blond très pâle. Les cheveux les plus anciens, poussés il y a 2 ans, ont une tendance à devenir châains ; tous les autres sont blonds. Minces, de longueur très inégale (quelques millimètres à 12 ou 15 millimètres au plus), ils ne sont pas très adhérents et s'enlèvent à la pince, sans résistance et sans douleur.

L'examen attentif à l'œil nu ne permet pas de déceler des lésions semblables à celles de l'aplasie moniliforme. Cependant, parmi les cheveux examinés au microscope, nous en avons observé un qui présentait vers sa base 3 renflements courts, en boule, à peu près équidistants, tout à fait différents d'ailleurs des fuseaux réguliers du monilethrix.

Par contre, comme cela se voit d'habitude dans l'aplasie moniliforme, le cuir chevelu de notre petit malade est le siège d'une kératose pileaire nette, quoique discrète. Fait un peu particulier, c'est aux points où cette lésion est le plus atténuée, sur le vertex notamment, que la pousse a été le moins abondante ; en ces points, le cuir chevelu est plus lisse et plus brillant.

La peau du crâne est fine, et laisse transparaître les veines ; et, lorsque l'enfant se met en colère ou même simplement lorsqu'il fixe son attention quelque temps, ses téguments se cyanosent d'une façon fort intense.

Les cils, maintenant longs et soyeux, ont apparu vers l'âge de 1 mois à 6 semaines.

Les sourcils, vers 2 mois et demi à 3 mois ; ils sont aujourd'hui bien fournis.

Des poils follets, nettement visibles à jour frisant, occupent la lèvre supérieure.

Quant aux ongles, insuffisamment développés à la naissance, ils n'ont pas tardé à acquérir leurs dimensions normales, et ne présentent rien de spécial.

L'alopécie congénitale, l'aspect follet des cheveux, la kératose pilaire rapprochent beaucoup cette dystrophie capillaire de l'aplasie moniliforme ; elle n'en diffère, en réalité, que par l'absence complète des atrophies intermittentes qui donnent l'apparence de renflements fusiformes des cheveux, les nodosités constatées sur l'un des cheveux n'ont pas ce caractère. Suivant toute vraisemblance, il s'agit d'une variété de la même maladie.

Il semble, d'après les assertions de la mère, que les sourcils, les cils et les ongles aient été également intéressés.

Il est possible que les cas publiés sous le nom de pelade congénitale soient de même nature ; il y aura lieu de faire des recherches dans cette direction. En tout cas, nous nous refusons à classer ce fait sous cette étiquette ; l'absence complète d'alopécies en aires et de cheveux massués ainsi que la coexistence de l'hyperkératose pilaire l'en différencient.

Il ne semble pas que les antécédents pathologiques signalés dans cette observation, non plus que les difficultés de l'accouchement, aient eu une part dans la genèse de cette aplasie. Nous restons dans l'ignorance absolue relativement à son étiologie.

M. A. FOURNIER. — Il y aurait intérêt à rechercher l'hérédo-syphilis chez cet enfant. Il présente en effet des stigmates assez caractéristiques : malformation crânienne, bosse occipitale, ectasie veineuse du cuir chevelu, strabisme, etc. ; l'alopécie doit probablement être rattachée à cette cause.

M. HALLOPEAU. — Nous avons en effet recherché la syphilis héréditaire, tant chez notre petit malade que chez son père. Nous avons noté dans notre observation tous les stigmates que nous avons relevés et qui pourraient être interprétés en faveur de cette hypothèse, mais il ne nous a pas paru possible de conclure d'une façon formelle à l'hérédo-syphilis (1).

Sur un cas de lèpre grave considérablement amélioré par l'atoxyl.

Par MM. HALLOPEAU et AINE.

L'un de nous a mentionné ce fait dans une communication au

(1) Le Dr Terrien nous a communiqué depuis, les résultats de l'examen ophtalmoscopique auquel il a soumis l'enfant : forte hypermétropie, quelques troubles de pigmentation du fond de l'œil ; associés à d'autres, ces symptômes peuvent plaider en faveur de l'hérédo-syphilis.

Congrès français de médecine de 1907; nous croyons utile de vous présenter la malade et de vous résumer son histoire.

Aline Lel... est née à la Guyane en 1890.

Les premières lésions de lèpre furent remarquées chez elle à l'âge de 4 ans, et 2 ans après, en 1896, elle entra à Saint-Louis.

A cette époque, elle était atteinte sur les membres de lésions maculeuses qui se sont depuis lors développées considérablement, se sont transformées en saillies tubéreuses, ulcéreuses et croûteuses, et ont envahi le visage, en respectant presque complètement le tronc.

Durant son séjour à Saint-Louis, elle a subi divers traitements; elle a pris presque constamment de l'*huile de chaulmoogra par la bouche, en lavements, en piqûres*. Il y a 2 ans, elle a été traitée par l'ichtyol en pilules et en applications locales.

Ces médications n'ont en rien arrêté l'évolution de la maladie.

Les lésions se sont surtout accentuées depuis 5 ans; elles sont très abondantes à la face postérieure et externe des avant-bras et des bras, à la face dorsale des mains et des doigts, au visage, principalement au pourtour des lèvres, sur le front, les joues et les ailes du nez.

Ce sont des saillies tuberculeuses, de larges dimensions, formant un relief considérable, ulcérées pour la plupart et recouvertes d'épaisses croûtes grisâtres. Les ongles sont atrophiés, soulevés par les lésions lépreuses; ils ont par places complètement disparu.

Au membre inférieur, on observe des lésions analogues, surtout accentuées aux genoux.

Malgré tous les traitements, ces lésions ont suivi continuellement jusqu'à ces derniers temps une progression extensive.

Aux membres, il y a des zones d'anesthésie complète correspondant aux régions pigmentées; la sensibilité est conservée dans les endroits où la peau est saine. Au visage, la sensibilité est à peu près normale.

On ne sent pas de névrome du cubital; cependant, des deux côtés, on note une atrophie assez marquée des muscles de la main et une griffe commence à se prononcer.

L'été dernier, l'état général était mauvais, l'affaiblissement considérable, les lésions progressaient sans rémission et l'on devait craindre dans un bref délai une terminaison fatale; c'est dans ces conditions déplorables qu'a été institué un traitement par l'atoxyl.

Deux piqûres de 40 centigrammes d'atoxyl en solution au dixième, puis 2 piqûres de 25 centigrammes furent pratiquées les 29 juin, 2, 8 et 15 juillet, soit en l'espace de 15 jours 4 piqûres avec un total de 1 gr. 30 d'atoxyl.

* A la suite de cette série d'injections, nous avons constaté une amélioration assez notable des ulcérations, en particulier au niveau du nez et des lèvres où il n'en restait que quelques traces. Il persistait un certain nombre d'excoriations à la face dorsale des mains, sur les bras et les avant-bras.

Pas de modifications des anesthésies cutanées. L'état général s'était sensiblement relevé.

Une nouvelle série de piqûres d'atoxyl est faite en octobre 1907, sur la demande d'ailleurs formulée par la malade elle-même:

Du 8 au 18 octobre, elle reçoit, de 3 jours en 3 jours, 4 piqûres de 0 gr. 25 d'atoxyl. Depuis cette date on pratique chaque semaine une piqûre de 0 gr. 25.

L'amélioration s'est accentuée ; il reste encore quelques ulcérations aux mains, mais la plupart ont disparu ; presque toutes les croûtes sont tombées au visage ; les saillies se sont affaissées ; leur couleur a pâli et la plupart des tubérosités des membres ont subi des modifications semblables. Les forces se sont relevées.

Aujourd'hui, après une nouvelle série d'injections, l'état de la malade est des plus satisfaisants ; les saillies tuberculeuses du visage sont complètement exemptes, non seulement d'ulcérations, mais aussi de croûtes et de squames ; leur aspect est uniformément lisse. Les ulcérations des mains sont de même toutes cicatrisées, les croûtes y ont fait place à des squames nacrées.

C'est la première fois depuis cinq ans que la maladie a subi une régression. Ce fait nous paraît établir que l'atoxyl exerce une action puissante sur le bacille de Hansen et qu'il peut tout au moins atténuer les effets nocifs de cet agent infectieux, comme il le fait pour ceux de la syphilis, de la maladie du sommeil et des tuberculoses accessibles à son action directe.

M. DANLOS. — Cette malade est améliorée, mais elle est bien loin d'être guérie ; et je crois que d'autres traitements peuvent produire des résultats aussi bons ; l'huile de chaulmoogra, notamment, qui dans plusieurs cas m'a donné en 12 à 15 mois des guérisons apparentes presque complètes. Quelquefois du reste de simples pansements locaux suffisent à cicatriser les ulcérations lépreuses.

M. DE BEURMANN. — J'expérimente en ce moment dans la lèpre le traitement par un sérum de Rost, de Rangoon, la léproline. Ce produit donne en Birmanie des résultats encourageants ; j'ai vu notamment une religieuse qui avait été soignée sans grand succès à Paris, et qui s'est considérablement améliorée, après son retour en Birmanie, par les injections de léproline.

M. HALLOPEAU. — J'avais eu l'idée d'essayer la léproline, mais j'ai appris que ce traitement n'était pas considéré comme sérieux en Birmanie.

Il est indiqué dans notre observation que la malade a pris, presque sans discontinuité depuis neuf ans, autant d'huile de chaulmoogra qu'elle a pu en supporter, sans aucun bénéfice ; il n'y a pas eu de traitement local.

**Sur un cas de maladie de Duhring-Brocq indolore
et variable dans ses manifestations.**

Par MM. HALLOPEAU et AINE.

C'est avec raison que M. Brocq a appliqué à cette maladie le nom de *polymorphe*, car on voit assez fréquemment des cas qui s'y rat-

tachent et présentent cependant des caractères qui n'appartiennent pas à ses formes classiques ; en voici un exemple :

Le nommé P... (Roger), âgé de 5 ans, entré en août 1907, salle Bazin. Sa mère est morte tuberculeuse, il y a environ 2 ans.

A l'âge de 3 ans, il a fait plusieurs poussées de bulles. Soigné d'abord à la consultation de M. de Beurmann, il entra ensuite au pavillon Bazin où il resta environ 10 mois, atteint d'éruptions de bulles volumineuses ; il fit pendant ce séjour des poussées successives très intenses, et sortit amélioré. Il est rentré à Bazin au commencement d'août, porteur de quelques bulles disséminées sur différentes parties du corps.

Quelques jours après, il quittait le service, atteint de coqueluche, pour être transféré à l'hôpital Trousseau.

Il en revient le 27 septembre, dans un état de fatigue et d'anémie très marquée ; sa coqueluche s'était compliquée d'une broncho-pneumonie.

Il n'a, à ce moment, aucune trace de bulle ni d'éruption quelconque.

Dans les premiers jours d'octobre, il se développe une bulle sur la pointe de la langue, et une autre, à contenu louche, sur le cuir chevelu ; quelques autres bulles se produisent sur le tronc, la poussée disparaît rapidement.

Un mois après, dans les premiers jours de novembre, nouvelle poussée de bulles, un peu plus intense que la précédente ; elles sont petites, du diamètre d'un grain de blé à celui d'un grain de café, isolées et disséminées en différents points du corps, un peu plus nombreuses sur la face et sur les mains. Quelques jours après l'apparition de ces bulles, et en même temps qu'elles s'affaissent, on note le développement de plaques érythémateuses d'aspect circiné et à contour légèrement papuleux. Cette éruption avait une grande analogie avec la poussée actuelle, mais était beaucoup moins intense. Elle s'atténua peu à peu et la peau ne conservait plus que quelques plaques rouges disséminées, lorsque survint l'éruption encore visible actuellement.

Dans les premiers jours de la dernière semaine de novembre, ont apparu un certain nombre de bulles. Ces bulles, petites, du volume d'un gros grain de blé, à contenu très limpide, siègent sur la pointe de la langue, sur la face externe de la lèvre et sur le menton, où elles sont assez nombreuses mais disséminées, non confluentes. A la face interne de la lèvre inférieure, on note une bulle plus volumineuse. Quelques bulles, rares, se sont développées en différents points du corps.

L'éruption change brusquement de caractère dans les jours qui suivent, et l'aspect du malade examiné le vendredi 29 novembre est le suivant :

Les bulles développées sur le menton, et reposant sur une base érythémateuse, persistent.

Toutes les parties du corps sont recouvertes par des éléments d'apparence érythémateuse qui sont surtout abondants et développés sur le tronc, en avant et en arrière, mais que l'on retrouve également aux membres ; le visage est moins atteint.

Les lésions consistent en de petits éléments érythémato-papuleux, surmontés par places de vésicules du volume d'un grain de mil. En certains points, des bulles à contenu limpide et de petites dimensions font saillie au milieu de ces éléments papulo-érythémateux et vésiculeux.

Les éléments, serrés les uns contre les autres, sont réunis en amas polycycliques irréguliers dans leur disposition et dans leurs dimensions qui varient de celles d'une pièce de 50 centimes à celles d'une petite paume de main. Ces placards à contours polycycliques semblent s'étendre excentriquement, laissant dans leur partie centrale une région dépourvue d'éléments papulo-vésiculeux mais cependant modifiée dans sa coloration, qui est en certains points érythémateuse, en d'autres de couleur jaune chamois, comme si elle avait été le siège d'une poussée antérieure guérie.

Aux coudes et aux genoux, on trouve de larges plaques érythémateuses; elles sont moins marquées au niveau des doigts; en ces points, il y a tendance à la formation de squames minces.

Derrière les oreilles et à la nuque, ainsi qu'au visage, on note de petits éléments d'aspect vésiculo-bulleux sur un fond érythémateux, mais on ne retrouve pas en ces points la disposition figurée polycyclique du tronc et des membres.

Enfin, à quelques centimètres en dehors de l'aile gauche du nez, on trouve quelques petits nodules blancs extrêmement fins faisant saillie sous l'épiderme.

Dans la région où les lésions sont les plus évidentes, il y a du *dermographisme* très apparent.

Il n'y a pas du tout de prurit.

L'affection n'a été à aucune époque douloureuse ni prurigineuse.

Le dimanche 1^{er} décembre, ses caractères ont un peu changé : quelques-unes des plaques érythémato-vésiculeuses se sont effacées, d'autres sont devenues moins saillantes ; quelques bulles nouvelles ont apparu au niveau des placards rouges du tronc ; les bulles du menton sont à peu près stationnaires. Dans l'ensemble, la poussée éruptive paraît s'atténuer.

Le 4 décembre, l'éruption est partout en voie de régression.

Le polymorphisme de la maladie est des plus frappants chez cet enfant : dans sa manifestation actuelle, on a pu constater simultanément des érythèmes, des éruptions ortiées et des bulles alors que dans les différentes poussées qui avaient eu lieu sous nos yeux nous avions observé des bulles nettement pemphigoides sans érythème.

C'est la première fois, depuis 2 ans, que cette dermatose affecte le caractère aigu et l'abondance qu'elle vient de présenter : il est possible que la suractivité des échanges nutritifs, survenant après la broncho-pneumonie dont l'enfant a été atteint récemment, ait joué un rôle dans la genèse de cette manifestation aiguë si intense et généralisée.

Mais, ce qu'il y a de plus remarquable dans cette histoire morbide, c'est l'absence complète de prurit ainsi que de toute sensation douloureuse. M. Brocq a écrit dans son *Traité* les lignes suivantes : « Nous croyons, avec M. Besnier, que les phénomènes douloureux qu'éprouve le malade ont une importance capitale dans les dermatites polymorphes douloureuses chroniques ; elles impriment à cette affection son cachet spécial : nous les considérons comme constants et patho-

gnomoniques », et M. Brocq fait rentrer cet élément douleur dans la dénomination qu'il donne à la maladie.

On pourrait se demander en présence de cette déclaration si péremptoire de l'un des pères de cette dermatose si c'est bien à elle que nous avons affaire? Notre observation ne laissant aucun doute à cet égard, il faut admettre que la loi posée par M. Brocq n'est pas sans exception.

Mais, dès lors, la dénomination de *dermatite douloureuse polymorphe chronique n'est plus acceptable*; nous proposons, en attendant le jour où des notions précises seront acquises relativement à la nature de cette maladie, de lui donner pour noms ceux des auteurs qui l'ont le mieux fait connaître, MM. *Duhring* et *Brocq*.

**Sur un prurigo exanthématique avec localisation en jarretières
(fait nouveau).**

Par MM. HALLOPEAU et AINE.

Cette éruption est survenue, sans cause apparente, chez une jeune fille de 11 ans; elle est disséminée sur les membres inférieurs, constituée par des taches caractéristiques, quelques-unes légèrement saillantes, sans apparence d'érythème; elle est remarquable par la présence, au-dessus de chacun des genoux, d'une trainée circulaire purpurique occupant à droite plus du tiers de la circonférence du membre, sur une hauteur d'environ 3 millimètres (on peut le constater sur un moulage de Baretta): ces trainées correspondent aux parties qui se sont trouvées comprimées par des jarretelles: c'est là un fait qui n'avait pas été, à notre connaissance, signalé dans le purpura; il est à cet égard digne d'attention. Il est probable que toute compression locale un peu vive aurait le même résultat. Ce purpura est donc susceptible d'être favorisé dans son développement par des influences extérieures non qualifiées de violences; il paraît, au premier abord, paradoxal que la compression puisse provoquer des hémorragies, alors qu'elle en constitue d'ordinaire le meilleur traitement; on sait qu'elle a été préconisée comme un des moyens curatifs du purpura.

Ce fait peut-il jeter une lumière sur la pathogénie si controversée de ces purpuras? On sait que, pour les uns, il s'agit d'une altération hématique, pour d'autres, d'une altération vasculaire.

Si nous ne nous trompons, on peut invoquer ici l'une ou l'autre hypothèse: il est probable, en effet, que la compression agit surtout en augmentant la tension dans les veinules et les capillaires; or, cet excès de tension peut expliquer la diffusion sanguine aussi bien par une diminution dans la résistance des parois vasculaires que par un

excès de tendance à la diffusion du liquide hématique ; le champ reste donc ouvert aux combattants ; nous ne pouvons que constater le fait clinique et dire : il faut admettre dorénavant la compression au nombre des adjuvants pathogénétiques du purpura exanthématique.

Un cas de morphée des deux seins.

Par MM. BALZER et GALUP.

Les observations de sclérodermies en plaques, ou morphées, sont assez rares pour qu'il ne soit pas superflu d'en signaler de nouveaux cas. Certaines particularités, propres au cas que nous présentons aujourd'hui à la Société, nous paraissent donc lui créer un double titre à l'attention.

Il s'agit d'une dame R..., 51 ans, sans profession. Antécédents pathologiques nuls. Six enfants, dont 2 morts en bas âge. Les lésions, qui siègent aux deux seins, débutèrent, il y a *vingt* ans, sans cause appréciable, par une plaque d'induration très limitée, que la malade constata, à l'occasion des soins de sa toilette, au niveau du sein gauche ; peu après, deux autres plaques se manifestèrent au niveau du sein droit. La peau, dans l'aire des plaques, aurait été primitivement d'apparence et de coloration normales. C'est seulement après 4 ou 5 ans qu'elle aurait pris, avec l'extension progressive de ces plaques, les caractères actuels.

Sein droit. — Une seule plaque, assez vaguement fusiforme, allongée transversalement, haute d'un centimètre à un centimètre et demi, longue de 10, occupant la partie inféro-externe de l'organe, à limite supérieure distante de 2 centimètres du mamelon, à extrémités répondant l'une à la ligne axillaire antérieure, l'autre à la ligne mamelonnaire ; le tégument, au niveau de cette plaque, est d'aspect lisse et glabre, comme cicatriciel, de coloration uniformément rose-vif, un peu plus claire cependant vers le centre qu'à la périphérie ; cette plaque enfin, séparée par une limite nette de la peau saine circumvoisine et, à peu de chose près, de niveau avec elle, donne à la palpation une sensation d'infiltration dermique, d'une rigidité de carton.

Sein gauche. — Deux plaques. L'une forme un demi-disque, de 3 centimètres environ dans tous ses rayons, sous-jacent au mamelon dont sa limite supérieure est distante de 2 centimètres, presque exclusivement situé en dehors de la ligne mamelonnaire ; ses caractères sont absolument les mêmes que ceux de la plaque précédente, à l'exception d'un point para-central, dont la coloration est celle du tégument normal. L'autre plaque, allongée suivant une direction oblique en bas et en dehors, bifurquée à son extrémité externe, haute de 2 centimètres à sa partie moyenne, d'un seul au niveau des branches de bifurcation, longue de 8 à 10, occupe la moitié supérieure du sein, débordant la ligne mamelonnaire plus en dehors qu'en dedans. Lisse, glabre, dure et lardacée, de limites nettes comme les précé-

dentes, elle s'en différencie par la coloration, qui est rosée seulement dans les parties périphériques, presque normale à la partie centrale, et par la saillie de 1 à 2 centimètres que fait cette partie centrale, saillie aisément appréciable tant à la vue qu'à la palpation. La branche inférieure de bifurcation de cette plaque est réunie à la partie externe de la plaque inférieure, en dehors du mamelon, par une sorte de cordon induré, invisible et uniquement appréciable à la palpation, lequel déprime la peau, lorsqu'on tend celle-ci, comme si elle était ficelée.

Les phénomènes subjectifs, au niveau des plaques, sans être nuls, n'acquièrent pas une grande acuité ; c'est une sensation de gêne, parfois de tiraillement.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur les différences qui existent entre notre cas et la description didactique et schématique des morphées, telle que la donnent les auteurs. L'existence d'une saillie notable au-dessus des plans voisins pour la plaque supérieure du sein droit ne suffit pas pour en faire une *morphæa tuberosa*. L'absence de toute saillie pour les deux autres permet de les rapporter à la variété classique, *morphæa plana lardacea*. Mais il faut bien reconnaître que, maintenant au moins, l'un des caractères les plus particuliers de l'affection, le *lilac ring* entourant une zone centrale blanc nacré, n'existe guère, sauf sur la plaque supérieure du sein gauche, où il est loin du reste d'être typique. Pour les deux autres plaques, elles présentent une teinte rose à peu près uniforme, sauf un point très limité de la plaque inférieure du sein gauche. Mais le fait s'explique aisément, si l'on songe que les morphées durent depuis un temps très long et si l'on se souvient que la vascularisation progressive des plaques est un mode fréquent de leur évolution, précédant souvent une atrophie définitive. Pour terminer, notons la disposition symétrique des plaques sur les deux seins, fait qui s'accorde bien avec le rôle important que nombre d'auteurs attribuent au système nerveux dans la pathogénie de l'affection et qui peut dans notre cas faire supposer une atteinte initiale des centres trophiques médullaires.

Traitement institué : application du radium pour la lésion du sein droit ; rayons de Röntgen pour celles du sein gauche, ce qui nous permettra de comparer la valeur respective de ces deux agents dans les sclérodermies en plaques.

Nous nous intéressons surtout aux effets du radium parce qu'il n'a pas encore été employé à notre connaissance dans la morphée. Les applications seront faites par le Dr Barcat. En cas d'échec de ces deux méthodes, nous reviendrons promptement, si la malade le permet, au traitement par l'électrolyse, qui nous a donné en 1901, dans un cas de morphée traité avec M. Lecornu, d'excellents résultats.

Petite épidémie familiale de favus.

Par MM. BALZER et GALUP.

Un jeune paysan, d'une quinzaine d'années, atteint depuis plusieurs mois d'un favus occupant toute la surface du cuir chevelu,

est arrivé de la campagne à Paris, pour se faire traiter. Il est descendu chez une famille amie, où il est demeuré plusieurs jours avant de consulter aucun médecin et sans prendre aucune précaution pour éviter de propager sa maladie. Huit jours plus tard, un enfant de 15 mois présente du favus des régions glabres. Au bout de 15 jours, les autres membres de la famille, à savoir la mère de l'enfant, son père, sa grand'mère et sa tante, sont atteints à leur tour. Ils viennent tous nous consulter. Le bébé présente trois petits groupes de godets faviques, siégeant l'un au dos, le second au menton, le troisième à la joue gauche ; la mère un seul groupe, formant un placard des dimensions d'une pièce de 50 centimes au niveau de l'avant-bras droit ; le père, un seul groupe également, de dimensions équivalentes, au niveau du bras gauche ; la grand'mère un groupe de godets et une plaque érythémateuse au niveau de l'avant-bras droit, un godet isolé, mais plus volumineux que les précédents, au ventre, un autre à la cuisse droite ; la tante enfin un godet au bras droit et une plaque érythémateuse au bras gauche.

En somme, chez tous les membres de cette famille, favus discret, qui se réduit à quelques lésions élémentaires disséminées, sans accidents ni du cuir chevelu ni des ongles, et dont quelques applications de teinture d'iode auront promptement raison. D'ailleurs il n'en saurait guère être autrement, en raison des bonnes conditions d'hygiène et de propreté dans lesquelles l'interrogatoire nous indique que vit cette famille. Quant au mode de contagion, il semble bien qu'il soit facile, d'après les détails mêmes de l'observation, de le déterminer exactement. L'hôte, nouvellement installé dans la famille, jouait avec le bébé et l'a ainsi contaminé ; le champignon tombait de sa tête sur les vêtements de l'enfant. Celui-ci à son tour a été l'agent de dissémination du mal parmi tous les membres de la famille. Il est à remarquer que toutes ces personnes ont été contaminées surtout aux bras qui, dans le portage de l'enfant, étaient en contact avec ses vêtements.

**Syphilides tuberculeuses en nappes avec cicatrices atrophiques
et atrophies diffuses.**

Par MM. BALZER et GALUP.

Georges R..., 45 ans, ajusteur, vient nous consulter pour des syphilides tertiaires ; quelques-unes d'entre elles sont intéressantes par leur caractère atrophique. Nous avons déjà, dans une des précédentes séances de la Société, insisté sur ce genre de lésions, à propos d'une observation (1), que le fait actuel nous paraît compléter.

(1) BALZER et GALUP. Syphilide tuberculeuse zoniforme avec cicatrices atrophiques. *Soc. de dermat. et de syph.*, séance du 4 juillet 1907, p. 360.

Syphilis datant de 3 ans : l'accident primitif a été un chancre du gland, et le seul accident secondaire constaté, une roséole ; les accidents tertiaires, qui nous amènent le malade, ont débuté il y a un an.

Les syphilides sont disséminées en groupes sur tout le corps. Mais la plupart ne présentent aucun intérêt spécial : c'est le type des syphilides tertiaires dites syphilides tuberculeuses sèches, les unes à leur début, soit uniquement tuberculeuses, soit tuberculo-squameuses, les autres en pleine évolution, avec bordure bosselée et circonée, dépression centrale brunâtre ou déjà cicatricielle d'aspect, toutes avec une infiltration marquée du derme. Il nous suffira donc d'en préciser les localisations principales. Sur le membre inférieur gauche, on en trouve de nombreuses à la face postérieure de la fesse et de la cuisse, à la face externe de la cuisse, juste au-dessus du genou, aux faces externe et antérieure du genou ; le membre inférieur droit ne présente que deux petites plaques au niveau de la fesse ; le dos, plusieurs plaques disséminées ; à la face, un tubercule isolé est directement sous-jacent à la narine droite, deux ou trois tubercules confluents siègent à l'extrémité interne du sourcil gauche. — Les lésions qui appellent notre attention occupent les deux membres supérieurs.

Membre supérieur gauche. — A la face postérieure du bras, juste au-dessus du coude, syphilides tuberculo-squameuses, d'aspect classique comme les précédentes, formant une plaque de 6 centimètres de hauteur sur 8 de largeur ; les squames, qui n'en occupent à l'heure actuelle que des points assez limités, ont été beaucoup plus abondantes antérieurement. A la face postérieure du coude, grande plaque s'étendant en largeur de l'épicondyle à l'épitrachée et en hauteur de 3 à 4 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire, à 8 ou 10 centimètres au-dessous. Cette syphilide en nappe, plus ancienne que la précédente, a présenté, il y a quelques mois, un aspect analogue, au dire du malade ; les squames plus abondantes constituaient même de grosses croûtelles, qui depuis, se sont complètement détachées. Actuellement les lésions sont purement cicatricielles et atrophiques. De limites fort nettes et en certains points polycycliques, la plaque se distingue de la peau saine voisine par une coloration générale rose vif, avec des zones limitées jaune-chamois ; le tégument de cette plaque, d'aspect légèrement gaufré, se soulève et se plisse aisément quand on l'étire ou qu'on le resserre entre deux doigts. Le frotte-t-on légèrement avec la pulpe du médium ou de l'index, on sent que le derme proprement dit semble avoir disparu et que l'épidermo-derme flotte sur l'hypoderme. A la face externe du coude, dépassant le niveau de l'interligne articulaire de 6 ou 7 centimètres au-dessus, 9 ou 10 au-dessous, plaque atrophique fort analogue à la précédente, de coloration plus généralement jaune-chamois, avec semblable disparition du derme et plissement du tégument. Mais le malade est très affirmatif sur ce point, que la plaque aurait été presque d'emblée ce qu'elle est actuellement, et qu'il n'aurait existé antérieurement à son niveau ni squames adhérentes, ni, à plus forte raison, ulcérations. Enfin, à la face antérieure du coude, quelques lésions atrophiques, peu accentuées, de dimensions restreintes, de coloration à peu près normale, également apparues sans lésions squameuses, croûteuses ou ulcéraives.

Membre supérieur droit. — Aux faces postérieure, interne et antérieure

du coude et de l'avant-bras, sur une hauteur et une largeur de 12 à 15 centimètres, grande plaque atrophique, identique à celles que nous venons de décrire à l'autre membre, mais précédée dans son apparition par un processus tuberculo-squameux. Aux faces externe et antérieure du bras, juste au-dessus du coude, autre plaque, plus petite en apparence, atrophique d'emblée, d'après le malade.

Dans notre précédente communication, nous avons distingué deux espèces d'atrophies cutanées, reliquat de syphilides papuleuses de la période secondaire : 1° les *macules atrophiques post-papuleuses*, dans lesquelles le processus papuleux atrophiant évolue sans intéresser l'épiderme et la couche papillaire ; 2° les *cicatrices atrophiques post-papulo-ulcéreuses*, dans lesquelles le processus papuleux a évolué aussi en atrophiant le derme, mais de plus avec une destruction plus ou moins étendue de la couche papillaire. Nous avons montré que des macules et des cicatrices analogues pouvaient être les stigmates des syphilides tertiaires, dites syphilides papuleuses tertiaires ou syphilides tuberculeuses. Il existe ainsi des *macules atrophiques post-tuberculeuses*, et des *cicatrices maculo-atrophiques post-tuberculo-ulcéreuses*.

Notre observation actuelle nous a montré ces deux ordres de lésions cutanées de la façon la plus nette et avec des proportions bien plus accentuées que dans le fait précédent. A côté de lésions nettement cicatricielles, plus ou moins atrophiques, nous en avons vu d'autres qui n'avaient été certainement le siège d'aucune irritation ou suppuration superficielle, ni d'aucune érosion ou ulcération, la peau se présentant avec cette apparence de décollement aminci qu'on observe dans la macule atrophique circonscrite, mais cela dans une étendue beaucoup plus grande. Cette lésion est diffuse et couvre, en effet, plusieurs centimètres, et elle est séparée de la peau saine par une sorte d'arête nette que l'on délimite facilement avec l'œil et le doigt.

L'explication de ces faits se conçoit de la manière suivante : Si l'infiltration tuberculeuse ou papuleuse tertiaire, plus ou moins étendue en profondeur, envahit la couche dermo-papillaire, il y aura forcément participation au processus de la part de l'épiderme. La membrane épidermo-dermique, suivant l'expression de M. Besnier, s'irrite, s'érode, suinte, se recouvre de croûtelles ou de squames. Si l'infiltration est plus massive, plus dégénérative à cause des altérations vasculaires, et si les microbes de l'extérieur interviennent en même temps, une véritable ulcération plus ou moins profonde se produit. Après la réparation épidermique et la résolution des infiltrats, il se peut alors qu'on soit en présence d'une *cicatrice atrophique* présentant une surface plissée qui indique que l'épidermo-derme a été compromis dans l'évolution du processus.

Si au contraire l'infiltration papuleuse tertiaire est seulement *intradermique*, en réalité *sous-dermo-papillaire* ou *sous-épidermo-dermique*, il peut y avoir destruction partielle du derme et spécialement de sa trame conjonctivo-élastique, sans qu'il y ait ni ulcération, ni érosion épidermique. Et alors, par suite de la destruction partielle de la trame conjonctivo-élastique du derme, on observe comme dans notre cas ce flottement de la couche dermo-papillaire, qui est facilement plissable et mobile sur le tissu profond, absolument comme dans la macule atrophique post-papuleuse de la période secondaire.

Le processus est plus intense, plus destructif, plus étendu, mais en somme à peu près le même, et aboutit à produire des lésions tout à fait comparables, résultant surtout de la *raréfaction* et de l'*atrophie* de la trame conjonctivo-élastique du derme. Ainsi peuvent se constituer de véritables *macules atrophiques* consécutives à des *papules* ou *tubercules tertiaires*, nettement circonscrites, et de plus de véritables *atrophies diffuses* d'étendue variable, consécutives à des *infiltrations* en nappe de même nature qui ont détruit des portions du derme assez considérables. Le traitement spécifique contribue certainement à la réparation de ces désordres, mais il ne peut pas toujours la procurer tout entière. Il en subsiste des traces, sous forme de lésions atrophiques et nous devons convenir que, malgré les différences de processus et de localisation que nous venons d'exposer entre ces atrophies et les cicatrices, leur communauté d'origine et d'évolution leur donne un air de famille qui rend parfois leur distinction très difficile au bout d'un certain temps. En résumé, les nuances que nous avons essayé de faire ressortir entre ces lésions s'expliquent par la *localisation du granulome spécifique dans les divers plans du derme*.

Chancre de la cloison du nez.

Par MM. GAUCHER, LOUSTE et NATHAN.

Cette localisation accidentelle est assez rarement observée et c'est en partie l'intérêt qui nous la fait rapporter. Elle sera étudiée plus complètement dans un travail ultérieur qui paraîtra dans les *Annales des maladies vénériennes*.

OBSERVATION. — La malade, âgée de 37 ans, s'est aperçue de l'apparition d'un bouton dans la narine gauche, il y a plus d'un mois. Cette petite lésion, insignifiante au début, s'est développée envahissant la plus grande partie de la narine, saignant facilement.

A son entrée, on voyait, par la rhinoscopie antérieure, un chancre hypertrophique, étendu sur une hauteur de 3 centimètres environ ; la muqueuse

environnante est boursoufflée, sa limite inférieure rase le plancher des fosses nasales, et sur sa partie la plus profonde, on voit une fausse membrane d'aspect diphtéroïde. La lésion est très-peu douloureuse. Elle est accompagnée d'une adénopathie sous-angulo-maxillaire gauche et préauriculaire.

Peu après l'apparition du chancre, apparaissait la céphalée nocturne, accompagnée d'alopecie et une roséole généralisée. Roséole apparue d'une façon précoce, comme cela est de règle dans les accidents primitifs de la face.

Actuellement, ces lésions sont en voie de disparition.

La malade est traitée par des injections de benzoate d'hydrargyre.

Syphilis linguale ou épithélioma ?

Par MM. GAUCHER, LOUSTE et BORY.

G. L..., 31 ans, journalier, a eu un chancre syphilitique du gland, *il y a 2 ans*. Depuis, aucun traitement n'a été suivi. Le malade n'a d'ailleurs eu que peu d'accidents consécutifs (simples maux de gorge, guéris rapidement par des gargarismes au chlorate de potasse).

Au mois de juin dernier, il fut soigné salle Bazin, pour une gomme profonde de la face supérieure de la langue vers sa partie moyenne. L'ulcération, très douloureuse, rendait la déglutition très pénible. Elle datait d'un mois environ et s'était progressivement agrandie. Sous l'influence des frictions mercurielles qui furent faites journellement pendant 10 jours, l'ulcération se combla très rapidement. Au bout de ce temps, le malade sortit de l'hôpital, prit des pilules de Dupuytren pendant 3 jours et s'arrêta. La cicatrisation, encore incomplète, se ralentit, et c'est seulement un mois après la sortie de l'hôpital, qu'elle devint complète ; on voit actuellement une cicatrice déprimée et scléreuse à la place de l'ancienne ulcération.

Il y a 3 semaines, est apparue sur le bord gauche de la langue une induration diffuse ; sur cette base indurée, scléreuse, de petits boutons se sont formés, agrandis, puis ulcérés. Les ulcérations fusionnées, forment actuellement une ulcération unique irrégulière, serpigineuse, profonde, à bords déchiquetés, taillés à pic cependant, à fond grisâtre.

L'aspect est nettement épithéliomateux ; d'ailleurs, des ganglions durs existent dans toute la région cervicale, plus volumineux à gauche qu'à droite.

Le diagnostic d'épithélioma lingual ne paraissait pas douteux, et M. le Dr Rochard, confirmant le diagnostic de M. le professeur Gaucher, conseillait l'opération immédiate.

Le malade, refusant le traitement chirurgical, est mis aux piqûres de benzoate de Hg., sans iodure de potassium. Or, le 29 novembre, 4 jours après l'entrée à l'hôpital, le côté droit de la langue commence à s'ulcérer sur une base indurée.

Le 2 décembre, ces ulcérations nouvelles n'ont fait aucun progrès ; mais celles du côté gauche se sont beaucoup améliorées.

Le 4 décembre, cette amélioration est encore plus manifeste. Le fond de l'ulcération, détergé, apparaît rouge et la cicatrisation paraît se faire.

D'autre part, le malade nous apprend que ses adénopathies cervicales étaient antérieures de beaucoup à l'affection linguale. Quatre autres considérations nous feraient volontiers éliminer le diagnostic primitif d'épithélioma lingual :

- 1° l'évolution extrêmement rapide ;
- 2° la mobilité de la langue ;
- 3° l'absence de fétidité de l'haleine ;
- 4° l'absence de sclérose linguale antécédente et la date très rapprochée du début d'une syphilis qui fut toujours négligée.

Enfin, l'amélioration par l'influence du traitement spécifique, si elle persiste, sera le meilleur signe différentiel.

M. A. FOURNIER. — Je crois ici à la syphilis pour deux raisons : d'abord, parce que l'épithélioma ne survient pas 2 ans après le chancre, mais beaucoup plus tardivement ; ensuite, parce que les mouvements de la langue sont assez bien conservés ici, tandis qu'ils sont toujours très gênés dans l'épithélioma.

Syphilide ulcéreuse maligne.

Par MM. GAUCHER, LOUSTE et BORY.

P. L..., 29 ans, employé de commerce, entre à l'hôpital Saint-Louis, pour une syphilis ulcéreuse phagédénique des lèvres, datant de 2 mois.

L'ulcération, profonde, irrégulière, à bords légèrement éversés, occupe toute la moitié gauche de l'orifice buccal : la lèvre supérieure surtout, la commissure et une partie de la lèvre inférieure.

Il y a trois ans, le malade a eu un chancre induré sous-préputial, soigné à Ricord. Il dut rester un an dans cet hôpital, en raison d'accidents *très graves* survenus malgré la continuité du traitement (huile grise et biiodure. Iodure jusqu'à 16 grammes par jour).

Tout le corps est, en effet, couvert de cicatrices qui, sur la moitié supérieure du tronc principalement, sont devenues des chéloïdes.

Pendant ce séjour à Ricord, le malade a eu une vaste ulcération nasale qui a rongé la partie inférieure du nez, et l'on voit actuellement la cicatrice peu esthétique de ces dégâts.

Il y a un an et demi, une large ulcération de la lèvre inférieure obligea le malade à un séjour de 6 mois dans le service de M. de Beurmann. (Traitement : Huile grise et biiodure alternés ; sur la plaie, éther camphré à saturation).

Il fut à nouveau traité dans le même service, il y a 6 mois, sa maladie lui ayant enlevé la lnette et une partie du voile du palais. La guérison survint au bout d'un mois, sous l'influence d'injection d'huile grise.

Enfin, depuis 2 mois, comme nous l'avons vu, une nouvelle ulcération du pourtour de l'orifice buccal oblige le malade à retourner à l'hôpital. Après avoir été soumis, à l'hôpital Ricord, à des piqûres d'atoxyl (8 piqûres), sans aucun résultat, il entre, salle Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Gaucher, — où il a été mis au traitement par les piqûres de benzoate de Hg. journalières et par les pulvérisations chaudes antiseptiques sur l'ulcération.

Il est à remarquer que, dans l'intervalle de ses séjours à l'hôpital, le malade a toujours suivi un traitement régulier.

Cela démontrerait-il que le traitement de la syphilis n'est pas un traitement préventif? On serait tenté de le croire et de se ranger à la thérapeutique exclusivement curative de l'ancienne école allemande. Il faut ajouter qu'il existe ici une question de terrain. Ce malade, qui n'a pas de lésions de bacillose pulmonaire, présente des cicatrices d'écrouelles sur le cou, il a de l'asphyxie des mains; la figure légèrement bouffie et cyanotique, une tendance à faire des chéloïdes sur les cicatrices, ce qui indique un terrain scrofuleux qui facilite l'action mutilante de la syphilis.

M. EUDLITZ. — La continuité du traitement mercuriel aggrave quelquefois les lésions, et en l'interrompant on peut voir guérir des accidents qui avaient résisté à une mercurialisation intense et prolongée.

M. A. FOURNIER. — Il est en effet des cas où il est utile de cesser le traitement, et Ricord avait déjà signalé le fait. Mais il y a une autre conclusion qui malheureusement s'impose : c'est que le mercure n'est pas un spécifique *infaillible*, et qu'il est des syphilis qui résistent à tous les traitements, même les mieux conduits.

M. LAFAY. — Les homœopathes prétendent que quand un médicament a perdu son efficacité chez un malade, qu'il est usé comme on dit quelquefois, on peut lui rendre toute son activité, en administrant du soufre au malade.

Peut-être les succès des eaux minérales sulfureuses dans la syphilis pourraient-elles s'expliquer ainsi.

M. CHATIN. — Je crois que dans ces cas de syphilis rebelles, résistant ainsi au mercure, on peut faire intervenir avec fruit la médication sulfurée. Et cela, de deux façons : soit en donnant l'eau sulfureuse à l'intérieur, pour remettre en circulation les réserves mercurielles accumulées dans les tissus ; soit en associant la cure sulfureuse à un traitement mercuriel à hautes doses.

J'ai eu l'occasion de soigner quelques malades atteints de syphilis malignes qui avaient résisté à de très actifs traitements mercuriels et je puis dire que ces accidents tenaces ont rapidement disparu sous l'influence d'une cure sulfureuse et mercurielle combinée.

M. BALZER. — La balnéation a par elle-même une action très favorable, et je conseille parfois les bains généraux et surtout locaux à très haute température. Les bons résultats que j'obtiens par ce moyen peuvent s'expliquer par une action directe de la chaleur sur le tréponème qui, comme on le sait, ne résiste pas à une température de 42°.

M. LOUSTE. — Ce malade prend régulièrement de l'eau d'Uriage chaque jour, comme tous nos malades qui suivent un traitement mercuriel intense ou prolongé.

Mal perforant buccal. Ozène consécutif.

Par MM. GAUCHER et BORY.

A. A..., 60 ans, cimentier, a eu la syphilis il y a 26 ans ; depuis 12 ans il est tabétique et récemment encore on le soignait à la Salpêtrière pour des douleurs fulgurantes, par les injections de nitrite de soude.

Il entre, le 11 novembre 1907, à la Clinique des maladies cutanées et syphilitiques, pour une large perforation latérale de la voûte palatine osseuse dont le début remonte à 3 ou 4 mois. Primitivement, les molaires gauches sont tombées ; toute la région s'est tuméfiée, surtout autour des alvéoles, et progressivement une ulcération, qui n'intéressait d'abord que la muqueuse, s'est formée à la place des dents absentes. Peu à peu, elle a érodé la partie correspondante de la voûte palatine et actuellement on voit que presque *toute la moitié gauche de la voûte osseuse* est occupée par une ulcération à bords épaissis, décollés, irréguliers, dont le fond gris noirâtre est formé par un *séquestre non mobile* formé aux dépens de la paroi inférieure du sinus maxillaire. La perforation n'est donc qu'apparente ou imminente et si les liquides refluent par le nez, c'est probablement en raison d'une *paralysie concomitante du voile du palais*. La paralysie est incomplète et surtout marquée du côté gauche. Le voile est tendu transversalement et presque immobile ; les piliers, à gauche surtout, ne font plus leur mouvement de rideau normal ; la luette paraît libre.

Cette paralysie s'accompagne d'une anesthésie à peu près complète, la sensibilité de l'épiglotte et le réflexe nauséeux sont conservés. La phonation est troublée ; il existe du nasonnement et de la difficulté d'articulation des labiales.

Depuis 4 semaines seulement il existe de l'ozène, consécutif, sans nul doute, aux lésions palatines. Le malade mouche du pus par la narine gauche et sa muqueuse nasale est tuméfiée de ce côté. Toute la joue gauche est tuméfiée, douloureuse, et comme enflammée, le nez est incurvé, à concavité antérieure, aplati à sa racine.

Nous posons le diagnostic de mal perforant buccal tabétique et, après l'avis des chirurgiens, qui conseillent d'attendre simplement l'élimination spontanée du séquestre, nous prescrivons des injections journalières de benzoate de mercure, 2 grammes d'iodure de K, et des lavages oxygénés fréquents de la bouche. De plus, comme le malade paraît infecté, qu'il est pâle, anémié, on lui donne de l'extrait mou de quinquina.

Le 15 novembre, l'examen rhinologique fait par M. Bloch confirme les observations précédentes ; il révèle, de plus, une dacryocystite gauche, qui est la cause de la tuméfaction correspondante de la joue.

Les jours suivants, une hyperhémie très accusée se montre sur le côté opposé au mal perforant ; en arrière de l'ulcération, le revêtement muqueux de la voûte forme un gros bourrelet décollé.

Le 26 novembre. — L'ulcération, au lieu de se réduire, s'est agrandie. L'état général est mauvais, le malade a une diarrhée abondante, un peu de fièvre, de la pâleur, de la faiblesse du poulx. On fait une injection de sérum de 200 centimètres cubes ; on la répète le lendemain. Le 30, le malade sort de l'hôpital, emmené par sa famille.

Mycosis, syphilis ou pemphigus

Par MM. GAUCHER, LOUSTE et BORY.

Le 5 novembre 1907, entre salle Saint-Louis un homme de 49 ans, exerçant la profession de pâtissier, qui présentait sur tout le corps une éruption d'aspect nettement *syphilitique* au premier abord ; elle était constituée par des lésions ulcéro-croûteuses, arrondies ou circonscrites, serpigineuses par places, échymateuses, recouvertes de croûtes noirâtres. Les placards arrondis ont en moyenne les dimensions d'une pièce de 2 francs ; leur centre est légèrement déprimé et croûteux.

Dans le dos existait un gros *placard saillant, bourgeonnant, d'aspect mycosique* ; ulcérations beaucoup plus petites, d'aspect analogue, mais peu bourgeonnantes, sur le côté droit du visage.

Dans la barbe du même côté, on voit des éléments ressemblant tout à fait à de la folliculite spécifique. L'oreille est couverte de croûtes noires.

Le côté gauche du visage est à peu près respecté. L'éruption paraît de nature syphilitique.

Et cependant le malade dit n'avoir pas eu de chancre. Il y a 12 ou 13 ans, il a eu un écoulement, sans écorchures ; on lui aurait néanmoins donné des pilules à prendre, à l'hôpital Ricord. Depuis, il ne suivit aucun traitement et n'eut aucun accident syphilitique.

Au mois de février dernier, à la suite d'une grippe qui dura 8 jours, il eut sur le devant de la poitrine une éruption de petits boutons très prurigineux. Les démangeaisons, très violentes, furent la cause de l'ulcération de ces boutons par le grattage ; l'éruption s'étendit alors et se généralisa.

Des pommades furent appliquées, sur l'avis d'un pharmacien. Comme le résultat de ces applications était négatif, le malade consulta un médecin ; celui-ci prescrivit des pilules et de l'iodure de potassium ; ce traitement, suivi pendant un mois et demi, ne donna aucun résultat. Sur ces entrefaites le malade vint à la consultation de l'hôpital Saint-Louis où on lui fit prendre des pilules de Dupuytren pendant un mois et demi encore (en tout *trois mois* sans discontinuer). L'éruption restait stationnaire. Aussi M. Émery, qui fut consulté vers cette époque, ordonna-t-il des piqûres journalières de benzoate de Hg. Après 20 piqûres survint une amélioration légère ; mais pendant la période de repos consécutive (fixée à 1 mois), 8 jours après la cessation du traitement, l'éruption reprit de plus belle. Au 25^e jour du repos fixé, on recommence une 2^e série de piqûres de benzoate de Hg. à 0 gr. 03 par jour. On fit 26 piqûres consécutives ; mais ce traitement intensif affaiblissant beaucoup le malade, il fut suspendu.

Vers la fin de septembre 1907, le malade retourne vers M. Émery qui, convaincu de la nature spécifique de la maladie, a recours aux piqûres de calomel, une par semaine ; la dernière était faite 8 jours avant l'entrée à l'hôpital. L'iodure de potassium était administré parallèlement à la dose de 2 grammes par jour. Une *grande amélioration* survint après la 2^e piqûre ; mais elle ne se maintint pas ; lorsque le malade entra à l'hôpital Saint-Louis il y avait 15 jours que l'éruption avait repris de plus belle. Elle se présentait avec les caractères d'une éruption à la fois syphilitique et mycosique, tels que nous les avons indiqués au début.

Le malade étant saturé de mercure, on lui donne simplement 4 grammes d'iodure de potassium. Pommade au calomel sur ses ulcérations.

Une biopsie est faite le 8 novembre, par M. Fouquet, sur les bords de l'ulcération bourgeonnante du dos. Elle démontre qu'il doit s'agir d'un mycosis fongoïde, en faisant toutes les réserves nécessaires en pareil cas.

Le 8 novembre sont instituées des piqûres de cacodylate de soude, destinées à remonter l'état général du malade qui paraît avoir beaucoup maigri et qui a de la fièvre. En même temps, ingestion d'eau d'Uriage.

Le 11 novembre, amélioration sensible ; certains éléments se sont effacés ; l'ulcération du dos est moins saillante, les bourgeons s'étant affaïssés.

Le 14 novembre, cependant, le malade s'affaiblissant et s'anémiant de plus en plus, on supprime l'iodure de K. et le cacodylate, et le malade est mis au repos pendant 8 jours.

Le 22 novembre les piqûres de cacodylate sont recommencées ; on redonne de l'iodure de K., en commençant par 1 gramme, et augmentant progressivement jusqu'à un maximum de 6 grammes.

Le malade a eu de la fièvre tous les soirs (38°, 38°5) avec rémission matinale ; — certains éléments se sont affaïssés et paraissent en voie de disparition, surtout sur le côté droit du visage.

Le 2 décembre une poussée nouvelle d'ulcérations, rondes, superficielles, des dimensions d'une pièce de 2 francs, s'est faite sur les deux jambes dans les intervalles des précédents éléments. Des boutons ecthymateux sont apparus également sur les bras.

Le 3 décembre, nous supprimons les piqûres de cacodylate et les remplaçons par celle de benzoate de Hg. Les ulcérations sont pansées à l'eau oxygénée et recouvertes ensuite de pommade au calomel. Depuis ce matin sont apparues des bulles suppurées ou hémorrhagiques, sur les mains et les pieds, rien dans la bouche.

Actuellement les lésions restent encore douteuses. Les unes conservent leur caractère syphilitique, aussi bien les lésions ulcéreuses que les cicatrices ; d'autres, en particulier celles du dos, rappellent des tumeurs mycosiques ulcérées. Enfin depuis ce jour il existe des bulles qui rappellent le pemphigus. Nous présenterons ultérieurement ce malade quand le diagnostic sera nettement tranché.

Nouveau cas de mort à la suite d'injections d'huile grise.

Par MM. GAUCHER, LOUSTE et BORY.

Nous rapportons l'observation d'un nouveau cas de mort à la suite d'injections d'huile grise chez un paralytique général.

X..., 38 ans, a eu, en 1895, un chancre syphilitique, traité régulièrement pendant quelques mois. Vers 1904, sa famille s'aperçut de l'apparition chez lui de troubles psychiques, consistant surtout en troubles du caractère, perte de la mémoire. Le tout fut mis sur le compte d'une insolation survenue vers la même époque.

Le malade s'affaiblit ensuite progressivement et devient incapable de remplir correctement les obligations de son service.

En 1906, à la suite d'un ictus, les troubles psychiques se sont marqués davantage et le malade, qui était officier, dut prendre des congés répétés et prolongés.

Sur le conseil de M. Gaucher, il fut abondamment traité par le mercure. Pendant les mois de février, mars, avril et mai 1907, son médecin lui fit 65 injections hypodermiques de benzoate de mercure, alternant, par intervalles, avec des pilules de sublimé. Iodure de potassium 2 grammes, gargarismes au chlorate de potasse. La cure fut très bien supportée, mais on ne constate aucune amélioration des troubles psychiques.

Sur ces entrefaites le malade retourne dans sa garnison où le médecin major, trouvant le traitement inactif, substitue l'huile grise au benzoate. Quinze piqûres d'huile grise auraient été faites dans l'espace de 3 mois avec 8 jours d'intervalle entre les piqûres.

Le 28 octobre 1907, on amène le malade à M. Gaucher avec une stomatite mercurielle intense datant de 10 à 15 jours.

Le même jour, le malade entre à l'hôpital Saint-Louis.

Il existe une salivation abondante, une odeur fétide de l'haleine ; on voit des plaques sphacéliques grisâtres sur les gencives, sur le bord gauche de la langue et à la face interne de la joue gauche, dont la face externe est rouge, tuméfiée. Le pharynx paraît respecté, la déglutition est possible et non douloureuse. Pendant quelques jours il y a eu un peu de diarrhée. La température est normale. Pas d'albumine dans les urines. Les pupilles ne réagissent pas à la lumière ; les réflexes tendineux sont abolis.

Dès l'arrivée à l'hôpital on fait des lavages fréquents de la bouche à l'eau oxygénée, et l'on ordonne de l'eau d'Uriage, des comprimés de benzoate d'ammoniaque, 1 gramme de KI.

Le 30 octobre, le malade a de la confusion mentale, de l'agitation nocturne : il se lève et veut partir de la salle.

Le 2 novembre, amélioration locale, apparente, car il est extrêmement difficile de faire ouvrir la bouche et de l'examiner. La nuit a été très bonne.

Le 3, l'agitation nocturne a recommencé et le malade a eu du délire professionnel.

Le 4, comme l'agitation persiste pendant le jour, on donne 1 gramme de bromure de potassium et du sirop de valériane.

Le 5, le malade est isolé. L'état de la bouche paraît amélioré et cependant le gonflement de la joue gauche persiste, s'étend même à la région sous-maxillaire du même côté.

Le 6, la nuit a été plus calme ; l'ouverture de la bouche est plus aisée ; on voit sur la face interne de la joue gauche une large ulcération.

Le 7, état stationnaire, mais la nuit est plus agitée à partir de minuit ; le gonflement sous-maxillaire persiste.

Le 9, après une nuit assez calme, le malade présente une respiration très difficile, du tirage sus-et sous-sternal, des menaces de suffocation.

Le gonflement sous-maxillaire s'est nettement étendu, gagnant le cou et la région sous-maxillaire droite, la peau est rouge et toutes ces régions donnent au doigt une induration ligneuse.

L'auscultation laisse entendre des râles nombreux dans la poitrine.

Le malade est transporté d'urgence en chirurgie avec le diagnostic d'angine de Ludwig. M. Lecène, chirurgien de garde, confirme ce diagnostic et la nécessité d'intervenir. Après une trachéotomie on fait respirer par la canule quelques bouffées de chloroforme et l'on incise. On trouve des tissus œdémateux grisâtres durs, on voit les ganglions énormes peu adhérents et baignant dans un liquide séro-sanguinolent. Malgré des débridements, jusqu'à la langue, à l'angle maxillaire inférieur et aux vaisseaux du cou, on ne trouve pas trace de pus collecté.

Le malade se trouve très soulagé après l'opération. La mort survint 3 heures après. Une hémorrhagie assez abondante avait suivi l'opération.

Il est certain que l'état général du sujet, quoique bon en apparence, pouvait peut-être faciliter et précipiter l'intoxication hydrargyrique ; mais les accidents de paralysie générale qu'il présentait rentrent précisément dans les cas, où beaucoup de médecins se croient autorisés à utiliser l'huile grise comme plus active que les sels solubles.

M. LÉVY-BING. — Comme dans tous les cas de ce genre, on ne donne pas ici l'indication des doses employées, c'est pourtant là le point essentiel, et l'on peut dire que l'huile grise ne s'est jamais montrée dangereuse entre les mains de ceux qui savent bien la manier. On a bien publié un cas de mort concernant une femme qui avait été traitée à Saint-Lazare, mais les circonstances ne permettaient pas dans ce cas d'incriminer exclusivement l'huile grise. Cette femme en effet était sortie de Saint-Lazare en bon état, et c'est seulement après avoir été soumise de nouveau au traitement mercuriel par ingestion ou frictions qu'elle a présenté les accidents auxquels elle a succombé. Ce n'est donc pas l'huile grise, mais bien l'exagération du traitement mercuriel sous ses diverses formes qui a déterminé dans ce cas des accidents mortels.

M. BALZER. — Cette femme a reçu, nous dit-on, 15 piqûres en 3 mois : c'est certainement là une dose exagérée, et je crois qu'on ne doit jamais dépasser dans une série de piqûres la dose totale de 30 à 40 centigrammes de mercure. Mais constamment nous voyons commettre ces imprudences, et l'on ne semble tirer aucun enseignement des accidents qui surviennent de temps en temps, et qui ont été observés dès les débuts du traitement mercuriel par les injections, par Scarenzio et Smirnofï eux-mêmes. C'est après avoir été les témoins de cas de mort, que ces initiateurs ont déterminé leur dosage de la cure mercurielle par injections massives. Ceux qui les ont suivis, comme Watraszewski, Lang, etc., ont eu plutôt de la tendance à restreindre ce dosage et à faire ressortir les dangers des doses trop fortes. Ceux qui ne sont pas très familiers avec cette méthode feront sagement de ne pas s'écarter des dosages classiques, et même de faire leurs injections à intervalles plus larges, quand ils approchent de la fin de la cure. Cette précaution diminue beaucoup le danger des stomatites tardives.

M. EUDLITZ. — Les accidents mortels relatés par Smirnoff sont dus à une cause spéciale qu'il n'est pas inutile de rappeler. Je me suis longuement étendu sur ce jus et, dans mon travail sur le traitement hypodermique de la syphilis, que j'ai publié en 1893. Smirnoff, qui était Finlandais, avait l'habitude de préparer lui-même, au moment de s'en servir, son huile calomélisée au moyen de paquets de calomel de 10, 15 ou 20 centigrammes qui lui étaient fournis par la pharmacie de l'hôpital. Or, alors qu'il poursuivait ses recherches, le système national des poids et mesures, en vigueur en Finlande, fut supprimé pour être remplacé par le système métrique français. Le pharmacien de l'hôpital se trompa dans ses calculs de transformation et livra des paquets renfermant 25, 40, 60 centigrammes de calomel. Ce n'est qu'après une enquête sérieuse que Smirnoff, qui allait abandonner cette méthode dont il était un défenseur enthousiaste, découvrit la cause des accidents mortels. Il y remédia aussitôt et les accidents cessèrent.

M. LOUSTE. — Cette nouvelle observation que nous apportons a simplement pour but de montrer combien il est délicat de conseiller une méthode aussi souvent mal appliquée, et qui a déjà donné lieu à des accidents mortels nombreux.

M. AUDRAIN. — Dans un cas de stomatite mercurielle, j'ai tiré un grand profit de l'emploi des injections de plasma de Quinton. Il s'agissait de lésions destructives, mutilantes, siégeant en 3 foyers, l'un sur la paroi postérieure du pharynx, un autre près des grosses molaires, et le plus important au niveau du frein de la langue. Le foyer de nécrose occupa toute la largeur de la langue et fit tomber toute la face postérieure du maxillaire inférieur au niveau des 4 incisives. Les régions sous-maxillaire et sus-hyoïdienne s'infiltrèrent et prenaient déjà un caractère phlegmoneux. Tous les toniques avaient été employés sans succès. Le plasma de Quinton agit de suite d'une manière évidente, à la simple dose de 10 centimètres cubes par jour.

Une suspension de 24 heures dans ce traitement fit réapparaître la teinte grise du fond des ulcérations. En deux semaines la guérison complète fut obtenue et la dose injectée *pro die* n'a jamais dépassé 30 centimètres cubes.

Le traitement local se borna pendant cette période aux lavages à l'eau boricuée ou à l'eau oxygénée faible.

Depuis cette époque, je suis resté fidèle au plasma de Quinton dans le traitement des stomatites et, aussi, lorsque mes malades ont présenté aux foyers de piqûres d'huile grise un trajet ou un noyau induré.

Chaque fois, l'amélioration a été sensible. Je n'ai pas observé, dans tous les cas de ce genre, que les fortes doses de plasma de Quinton aient produit une action plus marquée. La dose de 30 centimètres cubes, tout à fait inoffensive, sauf une légère excitation, paraît être la dose utile maxima.

Chancre syphilitique du menton.

Par MM. DANLOS et BLANC.

Il s'agit d'un chancre d'aspect typique, avec adénopathie sous-

mentionnière considérable et syphilide exanthématique papulo-roséolique abondante.

M. A. FOURNIER. — Ce chancre présente une particularité intéressante : c'est la profondeur exceptionnelle de l'érosion, qui atteint au moins 3 à 4 millimètres. Ce fait est souvent l'origine d'erreurs de diagnostic pour les chancres de la face. On sait que Ricord a enseigné que le chancre est une lésion *superficielle*, simplement érosive; mais lui-même connaissait bien d'ailleurs les chancres profonds, qu'il appelait chancres *en évidoir*.

M. DANLOS. — Les chancres de cette région sont d'habitude assez profonds.

M. BAUDOUIN. — Cette profondeur des chancres de la face n'est-elle pas due souvent aux manœuvres intempestives, malaxations ou cautérisations, que les malades mettent souvent en œuvre quand il s'agit de lésions aussi apparentes?

Trois chancres syphilitiques des doigts.

Par MM. DANLOS et BLANC.

Ces trois chancres, observés chez trois individus différents, siégeaient, l'un sur le médius de la main droite, les deux autres sur la phalangette de l'index droit. Celui du médius, par suite d'infection surajoutée, s'était compliqué d'une dactylite envahissant les deux dernières phalanges, ce qui aurait pu en rendre le diagnostic délicat sans l'adénopathie sus-épitrochléenne et l'éruption secondaire. Chez deux de ces trois malades, le chancre en voie de disparition coïncidait avec une syphilide papulo-squameuse d'intensité moyenne. Chez le troisième, l'éruption papuleuse un peu plus sévère s'accompagna pendant sa sortie d'un état général mauvais, de fièvre (39° et 110 pulsations), et, sur quelques boutons, d'un léger soulèvement purulent qui aurait pu faire penser à une varioloïde.

M. QUEYRAT. — J'ai vu un chancre du doigt chez un dentiste qui s'était piqué avec un instrument aigu dont il venait de se servir pour sonder une dent.

M. BAUDOUIN. — On dit souvent que les chancres extragénitaux donnent lieu à des syphilis sévères; cette prétendue règle ne se vérifie pas ici, car sur 3 chancres du doigt, un seul a été suivi d'accidents secondaires sérieux.

M. BALZER. — Je serais tenté de croire que les chancres céphaliques sont plus souvent que les autres l'origine de syphilis cérébrales; je viens d'en voir encore un exemple. Il s'agissait d'un chancre de la conjonctive; malgré un traitement sérieux et prolongé, il y eut des récives multiples de roséole et la 7^e année éclatèrent des accidents de syphilis cérébrale.

M. A. FOURNIER. — J'ai été, moi aussi, frappé du rapport possible entre le siège de l'accident primitif et la gravité de la syphilis ; mais il ne s'agit là que d'une apparence ; en dressant une statistique minutieuse portant sur un très grand nombre de cas, je me suis convaincu que les chancres extra-génitaux ne sont pas plus souvent suivis de syphilis graves que les chancres génitaux. C'est là, du reste, un point que j'ai longuement discuté dans mon livre sur les *chancres extra-génitaux* et qui exige de longs développements sur lesquels je ne saurais insister pour l'instant.

M. BALZER. — Je crois pourtant que la syphilis revient volontiers sur les régions qu'elle a touchées une première fois ; on pourrait expliquer ainsi la fréquence plus grande des syphilis cérébrales succédant aux chancres céphaliques et surtout aux chancres de l'œil. J'interprète ce fait non comme une aggravation de l'infection générale, mais comme une localisation régionale des accidents.

Roséole lépreuse simulant la syphilis.

Par MM. DANLOS et BLANC.

B. L..., âgé de 19 ans, est né dans la République Argentine où il a vécu jusqu'au mois de juillet dernier. Ses parents ainsi que ses frères et sœurs sont tous bien portants. Vers l'âge de 12 ans, il aurait vu apparaître de petites saillies sur les bras et la poitrine ; elles étaient et sont restées indolores spontanément ou à la pression, régulièrement arrondies, planes et rosées.

Au mois de juillet dernier, à la suite de chocs (?), apparurent sur quelques saillies du dos et des cuisses de petites ulcérations peu douloureuses et qui suppurèrent. Malgré le bon état général persistant, le malade décida de venir consulter en France.

Actuellement l'affection se caractérise par deux sortes de lésions, une roséole et des papules. La roséole siège sur la poitrine et sur le dos, sous forme de macules d'un rose pâle, régulières de forme et disposées irrégulièrement avec une prédominance pour les côtés du thorax, quelques éléments siègent aussi sur les bras. Sur les cuisses et sur les bras se voient plusieurs papules, les unes de la dimension d'une tête d'épingle, les autres d'une lentille ; arrondies régulièrement, surélevées, elles sont d'une coloration rouge foncé, et très dures au toucher. De plus sur le bras gauche, la cuisse gauche et les jambes, il existe quelques lésions papulo-crustacées, de volume plus considérable et recouvertes d'une croûte adhérente et épaisse.

Aucun ganglion perceptible.

Le nerf cubital gauche est légèrement augmenté de volume, le droit un peu moins. Tous deux sont complètement insensibles à la pression.

On constate de plus une hypoesthésie assez nette sur le bord cubital des deux avant-bras et une anesthésie complète au toucher et à la piqure sur les différentes lésions même les plus petites. Autour des plus volumineuses l'anesthésie s'étend aussi un peu aux téguments voisins.

L'intérêt de cette observation est l'existence d'une roséole lépreuse identique d'apparence avec une roséole secondaire, ce qui aurait

pu faire méconnaître la lèpre ou croire à une lèpre compliquée de syphilis. L'erreur fut évitée facilement, car dans la syphilis, la roséole ne coexiste pas avec des lésions crustacées ulcéreuses. C'est cette coïncidence jointe à la nationalité du malade, à la dureté des tubercules qui éveilla l'idée de lèpre, idée confirmée par l'anesthésie. La syphilis niée par le malade, qui se prétendait vierge, fut recherchée avec soin dans les ganglions et sur les muqueuses. Il n'en existait aucun signe. Une biopsie a montré les tubercules remplis de bacilles de Hansen. Elle a montré aussi que l'anesthésie n'était qu'en surface, car l'excision profonde a été assez douloureuse.

Un cas de mycosis fongoïde simulant par places la syphilis. Résorption rapide d'une grosse tumeur après une séance de radiothérapie.

Par MM. DANLOS et BLANC.

Pas d'antécédents héréditaires ; a eu de la gourme dans l'enfance, mais pas d'autre maladie de peau ni de syphilis.

Cette malade, atteinte d'amnésie sénile, est incapable de préciser l'époque du début de son affection. Par son entourage, on apprend que le mal a débuté, il y a 18 mois, par un prurit violent, général, mais plus accusé sur la tête ; six mois plus tard, l'éruption aurait commencé. Depuis ce moment, elle a grandi peu à peu pendant que le prurit diminuait progressivement. Aujourd'hui, nulle part, sauf sur le dos où existe un large placard pigmenté à limites diffuses, on ne constate l'existence de l'éruption eczémato-lichénienne qui caractérise ordinairement la première période de la maladie. Les tubercules et les placards mycosiques semblent s'être développés sur la peau saine qui a conservé, dans leur intervalle, l'aspect normal.

À la face, on rencontre des papulo-tubercules ressemblant à s'y méprendre à de grosses papules syphilitiques plates, et sur la tempe et le haut de la joue droite un vaste placard infiltré, à bords nets, de coloration moins vive.

Sur la tête, particulièrement sur la moitié droite du crâne, plusieurs masses arrondies hémisphériques, isolées ou confluentes, dont le diamètre varie depuis celui d'une pièce d'un franc à celui d'une pièce de 5 francs. Elles sont rouges, épidermisées ou à peine érosives. On y trouve en outre une masse en choux-fleurs, grande comme la paume de la main, déprimée au centre, saillante, de 4 à 5 centimètres au moins, et sécrétant une sérosité puriforme très fétide.

Sur le tronc et les membres sont répandus de très nombreux tubercules isolés, ou groupés par 4 ou 5, dont l'apparence est identique avec celle d'une syphilide lenticulaire grave à gros éléments.

À la vulve, l'identité avec la syphilis est frappante : mêmes papules saillantes et confluentes, même tuméfaction des grandes lèvres.

Toutefois, rien sur la muqueuse elle-même.

Sensibilité intacte partout, pas trace de syphilis réelle.

Ce cas est remarquable par trois particularités :

1° l'absence de la période eczémato-lichénienne dite prémycosique ;

2° l'identité absolue que présente sur beaucoup de points l'éruption mycosique avec une syphilide papulo-tuberculeuse grave ;

3° Enfin ce fait que la masse fongueuse du cuir chevelu, soumise à une seule séance de radiothérapie (5 H), a littéralement fondu dans l'espace d'une dizaine de jours, au point de perdre les deux tiers au moins de la saillie primitive.

Cet affaissement s'est produit sans aucune modification de l'état général, sans aucun accident susceptible d'être attribué à la résorption des produits morbides, du moins jusqu'à ce jour.

Coexistence de syphilides tertiaires avec un lichen plan.

Par MM. DANLOS et BLANC.

Il s'agit d'un syphilitique présentant à la paume des deux mains une syphilide psoriasiforme et au-dessus du genou gauche un placard de tubercules syphilitiques agminés.

Le chancre remontait à 8 ans environ, et le malade s'était mal soigné. Outre ces lésions, on constatait sur la face antérieure de chacun des avant-bras une vingtaine de papules brunes, isolées ou groupées, ayant absolument l'aspect du lichen plan.

Aucune lésion sur la muqueuse buccale. Comme l'existence de la syphilis rendait le diagnostic un peu incertain, deux biopsies furent faites par M. Pautrier, l'une à la main, l'autre sur une papule de l'avant-bras. Elles confirmèrent les deux diagnostics de syphilis et de lichen. Le traitement mixte fit justice, en une quinzaine de jours, des lésions des mains ; sans influencer en aucune façon les papules antibrachiales, ce qui vérifiait à *posteriori* les conclusions de la biopsie et de la clinique.

Troubles sensitifs des lépromes.

Par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.

Dans la lèpre, les troubles sensitifs au niveau des lésions cutanées (1) ne sont pas aussi constants que le disent les auteurs, et, bien que l'anesthésie soit un des meilleurs signes des lépromes, elle manque assez souvent, si nous nous en rapportons à nos observations.

C'est là une notion contraire à tous les travaux classiques. Dühring,

(1) Il faut distinguer avec soin, d'une part les troubles sensitifs nettement localisés des lépromes maculeux ou nodulaires, et d'autre part les troubles sensitifs dus aux névrites lépreuses, qui sont étendus presque toujours à un large territoire et existent en dehors de toute éruption cutanée. Cette anesthésie des névrites peut être le seul symptôme d'une névrite latente constituant alors un signe précoce de grande utilité pour le diagnostic.

Gaucher (1) comptent l'anesthésie parmi les symptômes pathognomoniques. Besnier, dans les notes de la traduction de Kaposi (2), n'hésite pas à écrire : « Je n'ai jamais rencontré un tubercule, une tache, où la sensibilité fût normale ; pour bien s'en rendre compte, il faut explorer la région similaire, saine si c'est possible, ou une région voisine du point malade » ; ces troubles constituent « un précieux auxiliaire pour établir le diagnostic ». « Pour les tubercules comme pour les taches, le signe distinctif essentiel, dit Jeanselme (3), est l'anesthésie caractéristique ». D'après Brocq (4), « les troubles des diverses sensibilités sont constants au niveau des éruptions lépreuses ; l'anesthésie est la règle ; mais elle est éminemment variable d'intensité et elle affecte surtout le type de la dissociation parfaite ou imparfaite ». En effet, il faut se souvenir que les troubles sensitifs des lèpomes sont souvent atténués, et demandent une recherche minutieuse, l'abolition ou l'altération de la sensibilité thermique ou douloureuse contrastant dans ces cas avec l'intégrité de la sensibilité tactile.

Un examen trop rapide et ne portant que sur la sensation tactile méconnaîtrait ces troubles.

Cependant quelques auteurs notent que ces troubles, même dans leur forme atténuée, peuvent manquer, et Jeanselme, dans son article si détaillé, fait des réserves auxquelles il ne consacre que ces quelques lignes : « Les troubles objectifs (de la sensibilité) sont d'une importance capitale ; il faut savoir néanmoins qu'ils sont inconstants et que, sur certains éléments, en particulier du type érythémateux, ils peuvent faire complètement défaut ».

La loi classique est vraie dans sa généralité et nous n'avons nullement l'intention de la contester, mais ce que nous voudrions mettre en évidence, c'est que *le lèprome n'est pas forcément anesthésique*, sa sensibilité peut être tout à fait normale. Ces faits sont plus que des exceptions ; l'un de nous, dans ses voyages aux Indes, en Birmanie, au Siam, en Indo-Chine, aux Indes néerlandaises, en Chine, a été vivement frappé de leur fréquence relative et il a recueilli de nombreuses notes à ce sujet.

Il a remarqué que certaines applications thérapeutiques telles que les frictions salines de Rost, provoquent assez souvent des douleurs au niveau des lèpomes et des ulcérations lépreuses. A l'hôpital Saint-Louis, il se trouve que sur 4 lépreux que le hasard a réunis à la salle Cazenave, 2 font exception à la règle classique. Un des malades est particulièrement démonstratif.

(1) GAUCHER. *Traité des Maladies de la peau*, II, p. 468.

(2) P. 471.

(3) JEANSELME et M. SÉE. *Lèpre. Pratique Dermatologique*, II, p. 81.

(4) *Traité*, 1907, I, p. 519.

M..., âgé de 21 ans, est atteint de lèpre nodulaire miliaire de la face et des membres. La maladie a commencé il y a 4 ans par 3 taches de 10 millimètres environ de diamètre, siégeant à la face. La dernière poussée de nodules miliaires date de 5 mois. Sur ces très nombreux lépromes toutes les sensibilités recherchées à plusieurs jours d'intervalle sont intactes : sensibilité tactile à l'aiguille et au flocon de ouate, sensibilité douloureuse à la piqure et au pincement, sensibilité thermique à l'aiguille chauffée et à la pointe de glaçon, sensibilité profonde à la pression. L'éruption n'est pas assez jeune pour que l'on puisse objecter que les troubles sensitifs n'ont pas encore eu le temps d'apparaître ; elle n'est pas assez ancienne pour que la maladie évoluant vers la guérison, l'anesthésie ait déjà disparu. Le malade, homme instruit et fort intelligent, soupçonnant la nature de sa maladie, a exploré minutieusement sa sensibilité dès le début et pendant tout le cours de la maladie sans noter d'hypoesthésie douloureuse. Le fait est donc entièrement négatif. Par contre, le malade a le nerf cubital gauche tuméfié et cette névrite naissante explique l'hypoesthésie tactile au flocon de ouate et le très léger retard de perception des sensations thermiques que l'on constate au niveau du cinquième et du quatrième doigts de la main gauche. Ces troubles sensitifs sont complètement indépendants des éléments éruptifs ; on les trouve dans des points où la peau est intacte.

Il faut donc apporter une restriction à la règle classique et dire que, dans un certain nombre de cas, l'anesthésie du léprome peut manquer. Ces exceptions sont importantes à signaler, surtout dans les pays où, la lèpre étant rare, un cas isolé peut assez facilement être méconnu. Elles montrent qu'il ne suffit pas, en cas de doute, de prendre une aiguille, de piquer un nodule douteux et de constater la perte de la sensibilité pour affirmer la lèpre. Un léprome sans association de névrite peut ne pas être anesthésique et rester très discutable cliniquement. Il faut, pour affirmer le diagnostic, l'observation générale et minutieuse du malade, et surtout la constatation de la présence du bacille de Hansen.

**Placard érythémato-squameux persistant depuis six semaines
à la suite d'une cuti-réaction tuberculinique.**

Par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.

Nous présentons aujourd'hui à la Société de Dermatologie, un malade que nous avons déjà montré à la dernière séance de cette Société, en faisant notre communication sur les cuti-réactions tuberculiniques.

Ce malade, atteint d'un lupus du nez et d'eczéma scrofulosorum, a été éprouvé par la cuti-réaction à la fin d'octobre 1907. La cuti-réaction avait été intense. Elle avait déterminé autour des scarifications une rougeur diffuse avec tuméfaction. A la suite de cette lésion artificielle, s'est développé un placard érythémato-squameux

(moulage Baretta, n° 2578), large de 5 centimètres, haut de 8 centimètres. La surface de ce placard est rouge ; elle est parsemée de fines squames sèches, très adhérentes et pointillée de quelques cônes kératosiques analogues à ceux du lupus érythémateux. L'érythème diffuse et débordé de 3 à 4 millimètres le placard squameux. Le doigt sent une légère saillie et un peu d'infiltration uniforme de toute la lésion.

Tel est le fait : quelle en est la signification ? Il ne nous semble pas que l'on puisse invoquer une infection secondaire banale ; nous serions tentés d'en faire une tuberculide érythémato-squameuse déterminée par la cuti-réaction. En effet, la comparaison des placards d'eczéma scrofulosorum dont le malade est porteur, montre que cet érythème n'est que l'exagération des lésions que le malade présente en d'autres points de la peau. Cet érythème squameux, provoqué chez un lupique par une réaction tuberculinique locale, est à rapprocher de certaines variétés de lupus érythémateux.

La naissance d'une tuberculide érythémato-squameuse sous l'influence d'une irritation tuberculinique est un fait doctrinal d'une réelle importance qui méritait d'être signalé.

Élections.

Au cours de la séance ont été nommés :

Membre titulaire : MM. CHATARD, de la Bourboule ;

Membres correspondants : MM. FERNANDES, de Bombay ; BOGOLEPOFF, de Tomsk.

Un scrutin a eu lieu également pour l'élection des membres de la Commission du prix Zambaco.

Ont été nommés membres de la Commission :

MM. DANLOS, DE BEURMANN, BALZER, BRUCHET, FOUQUET.

Le Secrétaire :

P. DÉHU.

Le Gérant : PIERRE AUGER.

TABLE DES MATIÈRES

Acrodermatite. Sur un nouveau cas d'— suppurative continue, par M. HALLOPEAU.....	1
Adénite cervicale tuberculeuse extirpée par l'incision esthétique rétro-auriculaire, par M. MORESTIN.....	69
Adipose douloureuse et paralysie pseudo-bulbaire, par MM. GAUCHER et NATHAN.....	403
Angiome. Volumineux — de la face chez une négresse, par M. MORESTIN..	71
Asphyxie locale. Sur une — des extrémités avec sphacèle des oreilles, par MM. HALLOPEAU et LASNIER.....	51
Atoxyl. Sur un cas grave de lèpre mixte qui va être traité par la solution à hautes doses d'—, par MM. HALLOPEAU et BOUDET (V. <i>Lèpre</i>).	
— Quelques cas de lèpre tuberculeuse traités par l'atoxyl, par M. BRAULT (V. <i>Lèpre</i>).	
— Sur un cas de lèpre grave considérablement amélioré par l'atoxyl, par MM. HALLOPEAU et AINE (V. <i>Lèpre</i>).	
— Cas de lèpre et de syphilis améliorés par l'anilarsinate de soude, par MM. HALLOPEAU et RAILLIET (V. <i>Syphilis</i>).	
— Nouvelle note sur l'atoxyl, par M. HALLOPEAU.....	389
— Quatre nouveaux cas de pellagre observés à Alger; traitement par l'atoxyl, par M. BRAULT (V. <i>Pellagre</i>).	
Atrophie cutanée. Plaque d'—, par MM. DANLOS et DEROYE.....	60
— Deux plaques symétriques d'atrophie cutanée antibrachiale, par MM. DANLOS et BLANC	441
Blastomycoses. Note sur le diagnostic des —; de la nécessité des cultures pour le diagnostic des mycoses cutanées, par MM. GASTOU et BOGOLEPOFF.....	383
Blennorrhagie. Sur un trajet fistuleux gonococcique du fourreau, par MM. HALLOPEAU et BOUDET.....	92
— Kystes congénitaux du raphé du pénis infectés par le gonocoque, par MM. BALZER et MERLE.....	110
— Chancre mixte et blennorrhagie de la région ano-rectale, par MM. BALZER et GALUP (V. <i>Chancre mou</i>).	
Brûlures. Baumes et onguents à base d'essences et de résines végétales dans le traitement externe des —, par MM. GASTOU et GUILLOT.....	321
Calomel. Une nouvelle préparation de — injectable, par MM. EUDLITZ, LAFAY et LÉVY-BING.....	411
Cancer (V. <i>Épithélioma</i>).	
Chancre mou de la main, par MM. DANLOS et DEROYE.....	60
— Sur une épidémie de chancres simples, par M. HALLOPEAU.....	89
— Chancre mixte et blennorrhagie de la région ano-rectale, par MM. BALZER et GALUP.....	377
Cheveux. Sur une aplasie congénitale non moniliforme des —, par MM. HALLOPEAU et RAILLIET.....	452
Comédons. Sur un cas de groupements comédoniens du cuir chevelu; type clinique nouveau, par MM. HALLOPEAU et LERTANT.....	52
Correspondance	41, 189 347

Cuti-réaction tuberculeuse sur la peau saine et sur les lésions cutanées ; cuti-réaction locale, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.....	433
— Placard érythémato-squameux persistant depuis six semaines à la suite d'une cuti-réaction tuberculinique, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT..	481
Eczéma avec kératodermie palmaire et plantaire, par MM. BALZER et MERLE	76
— Eczéma séborrhéique de type anormal, par MM. GAUCHER et MALLOIZEL..	121
— Syphilome en cuirasse datant de 19 ans, développé sur un eczéma sébor- rhéique présternal, par MM. GASTOU et LEGENDRE (V. <i>Syphilis</i>).	
Élections	141, 482
Épidermolyse bulleuse dystrophique, par MM. L. BRODIER et MILIAN....	406
Épithélioma du sillon mento-labial, d'origine cutanée, adhérent à la machoire inférieure; extirpation, abrasion du maxillaire. Cheiloplastie; guérison depuis trois ans et demi, par M. MORESTIN.....	42
— Vaste épithélioma de la face; extirpation; application secondaire de greffes dermo-épidermiques, par M. MORESTIN.....	45
— Quatre cas de cancer du nez, par M. MORESTIN.....	244
— Épithélioma étendu de la face; ablation, application secondaire de greffes dermo-épidermiques, par M. MORESTIN.....	65
— Cancer sur un lupus de la face; extirpation; greffes dermo-épidermiques, par M. MORESTIN.....	425
— Cancer de la lèvre inférieure et de la joue, par M. MORESTIN.....	255
— Sur un épithélioma très volumineux du cuir chevelu, par MM. HALLOPEAU et GARBAN.....	233
— Cancer du pharynx chez une femme atteinte antérieurement d'accidents tertiaires pharyngés, par M. MORESTIN.....	73
— Cancer de la verge, par M. MORESTIN.....	382
— Syphilis linguale ou épithéliome, par MM. GAUCHER, LOUSTE et BORY (V. <i>Syphilis</i>).	
Éruptions artificielles. Éruption chez un vanilleur, par MM. GAUCHER et MALLOIZEL.....	59
— Évolution et examen histologique d'une éruption psoriasiforme par tuberculine, par M. MILIAN.....	89
Favus. Petite épidémie familiale de —, par MM. BALZER et GALUP.....	462
Glandes sébacées. Affection indéterminée, peut-être congénitale, des —, par M. DANLOS.....	333
— Dégénérescence kystique régionale des glandes sébacées, par MM. BALZER et GALUP.....	378
Glandes vasculaires sanguines. Lésions des — (corps thyroïde, cap- sules surrénales) dans les érythèmes desquamatifs et les affections bul- leuses, par MM. GASTOU et BOGOLEPOFF.....	319
Hidradénomes éruptifs , par MM. BALZER et MERLE.....	115
— Hidradénomes éruptifs (épithéliome kystique bénin); remarques sur l'évolution, par M. FRANÇOIS-DAINVILLE.....	305
Huile grise. Le traitement intensif et abortif de la syphilis réalisé par les injections d'—, par M. DUHOT.....	143
— Deux mots sur l'huile grise, par M. JULLIEN.....	158
— Note sur les injections d'huile grise, par M. ÉTIENNE.....	163
— Considérations sur l'emploi de l'huile grise dans le traitement de la syphilis, par M. RENAULT.....	166
— Considérations sur les injections d'huile grise, par M. E. FOURNIER.....	174
— Réflexions sur l'huile grise, par M. A. FOURNIER.....	187
— Sur les douleurs provoquées par l'huile grise à haute dose, par M. HAL- LOPEAU.....	98
— Note sur les injections d'huile grise, par M. HALLOPEAU.....	200

Huile grise. Pharmacologie de l'huile grise, par M. LAFAY.....	189
— Pharmacologie de l'huile grise (analyse d'une note de M. Duret), par M. DANLOS	205
— Modifications à apporter à la posologie de l'huile grise, par M. EMERY....	208
— Étude d'une nouvelle formule d'huile grise, par M. LAFAY.....	215
— Réponse à M. Lafay au sujet d'une nouvelle formule d'huile grise, par M. DANLOS.....	227
— Nouveau cas de mort à la suite d'injections d'huile grise, par MM. GAUCHER, LOUSTE et BORY.....	472
— Nouvelle seringue de M. Horand pour les injections d'huile grise, par M. HALLOPEAU.....	397
— Rapport de la Commission de l'huile grise, par M. LAFAY.....	452
Ichtyose. Nouvelle note sur un cas d'— anormale avec productions bulleuses, par M. HALLOPEAU.....	90
— Sur l'état du corps thyroïde chez les enfants atteints d'ichtyose congénitale, par MM. HALLOPEAU et BOUDET.....	99
— A propos d'une note de M. Lenglet concernant notre observation publiée sous le titre : « Sur un cas de pemphigus chronique congénital et familial à forme d'ichtyose bulleuse », par MM. NICOLAS et FAVRE (V. <i>Pemphigus</i>).	
Kystes congénitaux du raphé du pénis infectés par le gonocoque, par MM. BALZER et MERLE. (V. <i>Blennorrhagie</i>).	
La Bourboule. Action des eaux de — sur l'élimination de quelques éléments urinaires dans les dermatoses dites diathésiques, par MM. GASTOU et FERREYROLLES.....	128
— Les eaux de La Bourboule en injections sous-cutanées (comparaison avec les sérums artificiels, l'eau de mer et les eaux radio-actives), par MM. GASTOU et FERREYROLLES.....	133
Langue noire produite par l'eau oxygénée, par M. BIZARD.....	237
— Tuberculose linguale, par M. MORESTIN.....	380
— Leucoplasie linguale très étendue, traitée par l'extirpation, par M. MORESTIN (V. <i>Leucoplasie</i>).	
— Sur un cas de glossopathie fissuraire survenue deux mois après l'apparition du chancre, par MM. HALLOPEAU et RAILLIET (V. <i>Syphilis</i>).	
— Syphilis linguale ou épithélioma, par MM. GAUCHER, LOUSTE et BORY (V. <i>Syphilis</i>).	
— Deux cas de syphilis secondaire chez des malades atteints de glossite exfoliatrice marginée avec langue scrotale, par MM. DANLOS et BLANC (V. <i>Syphilis</i>).	
— Psoriasis atypique; localisation sur la muqueuse des lèvres et peut-être sur la muqueuse linguale, par MM. BALZER et MERLE (V. <i>Psoriasis</i>).	
Lèpre. Sur un cas grave de — mixte qui va être traité par la solution à hautes doses d'atoxyl, par MM. HALLOPEAU et BOUDET.....	234
— Quelques cas de lèpre tuberculeuse traités par l'atoxyl, par M. BRAULT..	447
— Sur un cas de lèpre grave considérablement améliorée par l'atoxyl, par MM. HALLOPEAU et AÏNE.....	455
— Cas de lèpre et de syphilis améliorés par l'anilarsinate de soude, par MM. HALLOPEAU et RAILLIET (V. <i>Syphilis</i>).	
— Note à propos de l'ophtalmo-réaction chez les lépreux, par M. BRAULT...	448
— Roséole lépreuse simulant la syphilis, par MM. DANLOS et BLANC.....	477
— Troubles sensitifs des lèpromes, par MM. de BEURMANN et GOUGEROT....	479
Leucoplasie vulvaire, par M. MORESTIN	49
— Leucoplasie linguale très étendue, traitée par l'extirpation, par M. MORESTIN.	417
Lichen blanc. Sur la nature du — de v. Zumbusch, par M. HALLOPEAU....	106

Lichen plan unilatéral de la bouche , par M. LOUSTE.....	241
— Lichen plan du fourreau de la verge et de la bouche , par MM. GAUCHER et LOUSTE.....	243
— Coexistence de syphilides tertiaires avec un lichen plan , par MM. DANLOS et BLANC.....	479
— Un cas de lichen ruber plan en larges placards, localisé à la face dorsale de la main droite, traité par le radium , par MM. WICKHAM et DEGRAIS (V. <i>Radium</i>).	
Lichen scrofulosorum . Malade atteint simultanément d'une éruption spécifique et d'un —, par M. RENAULT.....	82
Livedo . Contribution à l'étude de la — inflammatoire, par MM. BALZER et MERLE.....	323
— Figure du cas de livedo présenté par MM. BALZER et MERLE	450
Lupus érythémateux . Sur un — de la face guéri unilatéralement par un érysipèle unilatéral, par MM. HALLOPEAU et BOUDET.....	8
— Lupus érythémateux de la face et de la langue , par M. GAUCHER.....	242
— Lupus érythémateux primitif de la muqueuse de la lèvre inférieure , par MM. BALZER et GALUP.....	375
— Un cas de lupus érythémateux et eau radifère , par MM. WICKHAM et DEGRAIS.....	374
— Ophthalmo-réaction tuberculeuse en dermatologie; lupus tuberculeux et lupus érythémateux , par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT (V. <i>Ophthalmo-réaction</i>).	
Lupus pernio . Un cas de — symétrique des extrémités, par MM. DANLOS et BLANC.....	372
Lupus tuberculeux . Traitement du — par la radiothérapie et la photothérapie combinées, par M. DARBOIS.....	259
— Sur le traitement du lupus tuberculeux , par M. DANLOS.....	261
-- Traitement du lupus tuberculeux par le chlorure d'antimoine , par M. TROISFONTAINES.....	271
— Traitement du lupus de la face par la photothérapie , par MM. DE BEURMANN et DEGRAIS.....	286
— Le traitement opératoire du lupus , par M. MORESTIN.....	272
— Traitement du lupus des fosses nasales , par MM. DE BEURMANN et EGGER..	290
— Cancer sur un lupus de la face; extirpation; greffes dermo-épidermiques , par M. MORESTIN (V. <i>Épithélioma</i>).	
— Ophthalmo-réaction tuberculeuse en dermatologie; lupus tuberculeux et lupus érythémateux , par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT (V. <i>Ophthalmo-réaction</i>).	
Lymphomes symétriques des paupières, de la joue et de l'oreille gauche, sans leucémie, par MM. DANLOS et BLANC.....	336
Mal perforant buccal . Ozène consécutif, par MM. GAUCHER et BORY.....	470
Maladie de Duhring-Brocq (V. <i>Pemphigus</i>).	
Mercure (V. <i>Calomel</i> et <i>Huile grise</i>).	
Molluscum contagiosum . Sur la présence de corpuscules très fins et leur action pathogène dans le — de l'homme, par MM. GASTOU et LIPSCHÜTZ.	383
Morphée . Un cas de — des deux seins, par MM. BALZER et GALUP.....	461
Mycosis fongoïde . Sur une forme ortiée persistante circonscrite et eczématoïde de —, par M. HALLOPEAU.....	53
— Sur une érythrodermie mycosique avec nodosités sous-cutanées , par MM. HALLOPEAU et LASNIER.....	55
— Examen histologique du cas précédent , par M. GASTOU.....	58
— Sur un nouveau cas d'érythrodermie mycosique , par MM. HALLOPEAU et DESHAYES.....	94

Mycosis fongolde. Mycosis ou pemphigus végétant fruste? par MM. HALLOPEAU et RAILLIET.....	311
— Deuxième note sur un cas de mycosis bulleux, variété rare, par MM. HALLOPEAU, GASTOU et RAILLIET.....	348
— Mycosis, syphilis ou pemphigus, par MM. GAUCHER, LOUSTE et BORY.....	471
— Sur un cas de mycosis fongolde avec lésions eczématiformes; régression des néoplasies après une ménorrhagie, par MM. HALLOPEAU et AINE.....	390
— Un cas de mycosis fongolde simulant par places la syphilis. Résorption rapide d'une grosse tumeur après une séance de radiothérapie, par MM. DANLOS et BLANC.....	478
Nævus. Sur un — pileaire géant, par MM. HALLOPEAU et LASNIER.....	106
Nécrologie	299, 387
Ongles. Nouvelle note sur un cas d'onychomycose, par M. HALLOPEAU.....	234
Ophthalmo-réaction tuberculeuse en dermatologie; lupus tuberculeux et lupus érythémateux, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.....	430
— Pityriasis rubra pileaire; ophthalmo-réaction négative, par MM. COURTELLE-MONT et GASTOU (V. <i>Pityriasis rubra</i>).	
— Note à propos de l'ophthalmo-réaction chez les lépreux, par M. BRAULT (V. <i>Lèpre</i>).	
Parapsoriasis. Un cas de —, par M. MILIAN.....	37
— Nouvelle note sur un cas de parapsoriasis; réaction à la tuberculine; examen histologique, par M. MILIAN.....	61
Pellagre. Note sur quelques cas de — observés à Alger, par M. BRAULT...	342
— Quatre nouveaux cas de pellagre observés à Alger; traitement par l'atoxyl, par M. BRAULT.....	444
Pemphigus. A propos d'une note de M. Lenglet concernant notre observation publiée sous le titre: « Sur un cas de pemphigus chronique congénital et familial à forme d'ichtyose bulleuse », par MM. NICOLAS et FAVRE.....	42
— Épidermolyse bulleuse dystrophique, par MM. L. BRODIER et MILIAN (V. <i>Épidermolyse</i>).	
— Sur un cas de maladie de Duhring-Brocq indolore et variable dans ses manifestations, par MM. HALLOPEAU et AINE.....	457
— Mycosis, syphilis ou pemphigus, par MM. GAUCHER, LOUSTE et BORY (V. <i>Mycosis</i>).	
Phimosi s chez un diabétique, par M. MORESTIN.....	47
Phlébites récidivantes des veines des membres inférieurs et des veines sous-cutanées abdominales, par MM. BALZER et GALUP.....	331
Photothérapie (V. <i>Lupus tuberculeux</i>).	
Piedra nostras (V. <i>Trichosporie</i>).	
Pityriasis rubra pileaire. Un cas de — par MM. HALLOPEAU et GARBAN..	310
— Pityriasis rubra pileaire; ophthalmo-réaction négative, par MM. COURTELLE-MONT et GASTOU.....	398
— La nature tuberculeuse du pityriasis rubra pilaris, par M. MILIAN.....	451
Prurigo. Sur un — exanthématique avec localisation en jarrettières (fait nouveau), par MM. HALLOPEAU et AINE.....	460
Psoriasis atypique; localisation sur la muqueuse des lèvres et peut-être sur la muqueuse linguale, par MM. BALZER et MERLE.....	78
— Sur un nouvel exemple de psoriasis consécutif à une vaccination, et sa signification, par MM. HALLOPEAU et GASTOU.....	103
Radiothérapie. Conséquences fâcheuses de la — chez un enfant atteint de trichophytie, par M. HALLOPEAU.....	105
— Traitement du lupus tuberculeux par la radiothérapie et la photothérapie combinées, par M. DARBOIS (V. <i>Lupus tuberculeux</i>)	

Radiothérapie. Un cas de mycosis fongique simulant par places la syphilis. Régression rapide d'une grosse tumeur après une séance de radiothérapie, par MM. DANLOS et BLANC (V. <i>Mycosis</i>).	
Radium. Ulcère variqueux très douloureux et rebelle guéri, sans cessation de travail, par des applications légères de radium (méthode sèche), par MM. WICKHAM et DEGRAIS.....	302
— Un cas de ruber plan en larges placards localisé à la face dorsale de la main droite, traité par le radium, par MM. WICKHAM et DEGRAIS.....	304
— Un cas de lupus érythémateux et eau radifère, par MM. WICKHAM et DEGRAIS (V. <i>Lupus érythémateux</i>).	
Rapport sur la situation de la Société, par M. DANLOS.....	99
— Rapport de la Commission de l'huile grise par M. LAFAY (V. <i>Huile grise</i>).	
Rhinophyma traité par l'abrasion modelante, par M. MORESTIN.....	381
Rhinoplastie par abaissement de l'orifice osseux des fosses nasales et d'un lambeau frontal, par M. MORESTIN.....	306
Sarcomatose primitive multiple de la peau; rectification de diagnostic, par MM. BALZER, MERLE et RUBENS-DUVAL.....	12
Séborrhée. Traitement de la — du cuir chevelu par le tétrachlorure de carbone soufré de M. Duret, et considérations sur la pathogénie de cette hypersécrétion ainsi que des affections qui lui font suite, par M. HALLOPEAU.	395
Sporotrichose ; présentation de malade, par MM. DANLOS, DEROYE et GOUGEROT.....	19
— Sporotrichose; présentation de cultures, pièces humaines et expérimentales, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.....	22
— Nouveau cas de sporotrichose hypodermique, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.....	85
— Sporotrichose cutanée hypodermique, dermique et épidermique, par MM. GAUCHER et MONIER-VINARD.....	122
— Note sur les rapports entre les mycoses pulmonaires et cutanées à propos d'un cas de sporotrichose, par M. GASTOU.....	123
— Complément à notre quatrième observation de sporotrichose sous-cutanée, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.....	126
— Un sixième cas de sporotrichose; sporotrichose hypodermique et dermique, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.....	126
— Sporotrichose; lymphangite noueuse sporotrichosique ascendante, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.....	243
Syphilis. Chancre syphilitique de l'œil, par MM. DANLOS et DEROYE.....	96
— Sur un chancre de la paupière inférieure, par MM. HALLOPEAU et RAILLIET.	394
— Chancre de la cloison du nez, par MM. GAUCHER, LOUSTE et NATHAN.....	466
— Chancre syphilitique du menton, par MM. DANLOS et BLANC.....	475
— Chancre syphilitique de la voûte palatine, par M. RENAULT.....	300
— Chancre syphilitique de la gencive, par MM. GAUCHER, CAMUS et DUAELLE..	316
— Chancre syphilitique du thorax (région axillaire), par MM. GAUCHER et MALLOIZEL.....	121
— Chancre syphilitique du thorax, par MM. GAUCHER et BORY.....	403
— Trois chancres syphilitiques des doigts, par MM. DANLOS et BLANC.....	476
— Chancre syphilitique de la fosse naviculaire de l'urèthre, par MM. GAUCHER et CAMUS.....	317
— Chancre mixte et blennorrhagie de la région ano-rectale, par MM. BALZER et GALUP (V. <i>Chancre mou</i>).	
— Sur un cas de proliférations locales intensives au voisinage d'un chancre induré, par MM. HALLOPEAU et BOUDET.....	5
— Chancre tardif ou syphilide diphtéroïde précoce de la lèvre inférieure, par MM. BALZER et MERLE.....	231

Syphilis. Sur une desquamation en masse des régions plantaires dans un cas de syphilis secondaire, par MM. HALLOPEAU et LASNIER.....	54
— Syphilis secondaire rebelle au mercure, survenant par poussées cutanées accompagnées d'accidents méningés, par MM. GAUCHER et MALLOIZEL.....	83
— Deux cas de syphilis secondaire chez des malades atteints de glossite exfoliatrice marginée avec langue scrotale, par MM. DANLOS et BLANC..	442
— Contagion syphilitique par un bandage herniaire; syphilide ulcéro-crustacée généralisée secondaire, méconnue pendant trois mois, par MM. GAUCHER et MONIER-VINARD.....	118
— Sur un cas de glossopathie fissuraire survenue deux mois après l'apparition du chancre, par MM. HALLOPEAU et RAILLIET.....	394
— Syphilis linguale ou épithélioma, par MM. GAUCHER, LOUSTE et BORY.....	467
— Syphilide pigmentaire du cou étendue à toute la partie antérieure de la poitrine; vitiligo concomitant, par M. RENAULT.....	301
— Sur un cas de syphilis tertiaire précoce avec gomme du frontal et perforation, par MM. HALLOPEAU et BOUDET.....	8
— Syphilide ulcéreuse maligne, par MM. GAUCHER, LOUSTE et BORY.....	468
— Observation d'un nouveau cas d'ostéite syphilitique tertiaire suppurée du tiers inférieur du fémur, avec arthropathie simulant une lésion tuberculeuse, par MM. GAUCHER, FOUQUET et GRÉHANT.....	315
— Probabilité de syphilis ignorée et de syphilide psoriasiforme tertiaire: insuffisance de l'examen histologique, par MM. DANLOS et DEROYE.....	33
— Note sur le cas précédent, par M. GASTOU.....	34
— Syphilide tuberculeuse zoniforme avec cicatrices atrophiques, par MM. BALZER et GALUP.....	360
— Syphilides tuberculeuses en nappes avec cicatrices atrophiques et atrophies diffuses, par MM. BALZER et GALUP.....	463
— Malade atteint simultanément d'une éruption spécifique et d'un lichen scrofulosorum, par M. RENAULT (V. <i>Lichen scrofulosorum</i>).	
— Syphilome en cuirasse, datant de 19 ans, développé sur un eczéma séborrhéique présternal, par MM. GASTOU et LEGENDRE.....	362
— Mycosis, syphilis ou pemphigus, par MM. GAUCHER, LOUSTE et BORY (V. <i>Mycosis</i>).	
— Coexistence de syphilides tertiaires avec un lichen plan, par MM. DANLOS et BLANC (V. <i>Lichen plan</i>).	
— Cancer du pharynx chez une femme atteinte antérieurement d'accidents tertiaires pharyngés, par M. MORESTIN (V. <i>Épithélioma</i>).	
— Perforation palatine syphilitique; palatoplastie, par M. MORESTIN.....	358
— Cheiloplastie pour destruction de la lèvre supérieure par syphilis tertiaire; greffe d'une moustache, par M. MORESTIN.....	420
— Mutilation syphilitique du nez et de la lèvre supérieure; atrésie des narines et de l'orifice buccal; opérations réparatrices diverses; rhinoplastie, par M. MORESTIN	421
— Analyse d'une note de M. Carlier sur le traitement de la syphilis, par M. MILIAN.....	243
— Cas de lèpre et de syphilis améliorés par l'anilarsinate de soude, par MM. HALLOPEAU et RAILLIET.....	366
(V. <i>Calomel</i> et <i>Huile grise</i>).	
Syphilis héréditaire. Syphilides tertiaires ulcéro-croûteuses des narines, gomme de la voûte palatine, syphilome diffus du voile et des piliers, kératite interstitielle, chez un hérédo-syphilitique, par MM. GAUCHER et MONIER-VINARD.....	120
— Hérédo-syphilis tardive chez un sujet ne présentant pas d'altération du système dentaire, par MM. DANLOS et BLANC.....	356

Syphilis héréditaire. Exception à la loi de Colles-Baumès; contamination d'une mère par son enfant hérédo-syphilitique, par M. GACCHER...	404
Trichophytie. Conséquences fâcheuses de la radiothérapie chez un enfant atteint de —, par M. HALLOPEAU (V. <i>Radiothérapie</i>).	
Trichosporie. Nouveau cas de — (Piedra nostras) observé en France, par MM. BUREAU et LABBÉ.....	238
Troubles trophiques des doigts, de cause indéterminée, par M. FRANÇOIS-DAINVILLE	35
— Trophonévrose à forme de plaques atrophiques et scléreuses cutanées avec dyschromies et dispositions zoniformes et métamériques, chez une fillette de 6 ans, par MM. GASTOU et LEGENDRE.....	351
Tuberculides. Sur les cicatrices consécutives aux — papulo-nécrotiques, par MM. HALLOPEAU et LASNIER.....	95
Ulcère. Note sur la pathogénie de l' — phagédénique des pays chauds, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT	127
— Ulcère variqueux très douloureux et rebelle guéri, sans cessation de travail, par des applications légères de radium (méthode sèche), par MM. WICKHAM et DEGRAIS (V. <i>Radium</i>).	
Vaccine. Éruption post-vaccinale à forme d'herpès, par M. DANLOS.....	109
— Sur un nouvel exemple de psoriasis consécutif à une vaccination et sa signification, par MM. HALLOPEAU et GASTOU (V. <i>Psoriasis</i>).	
Vitiligo coïncidant avec une syphilide pigmentaire, par M. RENAULT (V. <i>Syphilis</i>).	

TABLE PAR NOMS D'AUTEURS

Aine, 390, 455, 460.

Audrain, 475.

Balzer, 12, 76, 78, 82, 93, 105, 110, 114, 115, 163, 182, 183, 215, 231, 315, 323, 331, 359, 360, 369, 375, 377, 378, 450, 461, 462, 463, 469, 474, 476, 477.

Baudouin, 88, 238, 303, 476.

Bénard, 81.

Beurmann (de), 22, 68, 84, 88, 126, 127, 237, 238, 243, 270, 286, 290, 294, 359, 372, 393, 402, 430, 433, 440, 479, 481.

Bizard, 237, 238.

Blanc, 336, 356, 372, 441, 442, 475, 476, 477, 478, 479.

Bogolepoff, 319, 383.

Bory, 403, 467, 468, 470, 471, 472.

Boudet, 5, 8, 92, 99, 234.

Brault (J.), 342, 347, 444, 447, 448.

Brodier (L.), 105, 406.

Bureau, 238.

Camus, 316, 317.

Charmeil, 69, 181, 293.

Chatin, 238, 439.

Courtellemont, 398.

Créquy, 105.

Danlos, 10, 11, 19, 33, 60, 61, 68, 69, 73, 83, 84, 96, 99, 109, 114, 204, 205, 227, 238, 261, 270, 294, 303, 304, 317, 323, 333, 336, 356, 372, 393, 441, 442, 444, 457, 475, 476, 477, 478, 479.

Darbois, 259.

Degrais, 286, 302, 304, 374.

Déhu, 83, 238.

Deroye, 19, 33, 60, 61, 96.

Deshayes, 94.

Druelle, 316.

Duhot, 143.

Duval (Rubens), 12.

Egger, 290.

Emery, 161, 204, 208, 214, 215.

Etienne, 163.

Eudlitz, 163, 371, 411, 416, 469, 475.

Favre, 42.

Ferreynolles, 128, 133.

Fouquet, 315.

Fournier (A.), 105, 110, 187, 204, 230, 356, 358, 359, 360, 362, 371, 372, 378, 387, 390, 406, 416, 420, 443, 455, 468, 469, 476, 477.

Fournier (E.), 10, 11, 174, 185, 214, 370.

François-Dainville, 35, 305.

Galup, 331, 360, 375, 377, 378, 461, 462, 463.

Garban, 233, 310.

Gastou, 12, 34, 58, 69, 86, 103, 123, 128, 133, 314, 315, 319, 321, 336, 348, 351, 362, 383, 398.

Gaucher, 39, 59, 83, 85, 96, 118, 120, 121, 122, 242, 243, 315, 316, 317, 359, 371, 382, 403, 404, 420, 440, 443, 466, 467, 468, 470, 471, 472.

Gougerot, 19, 22, 84, 126, 127, 243, 430, 433, 479, 481.

Gréchant, 315.

Guillot, 321.

Hallopeau, 1, 5, 8, 10, 12, 51, 52, 53, 54, 55, 70, 73, 75, 82, 89, 90, 92, 93, 94, 95, 98, 99, 103, 105, 106, 114, 118, 200, 204, 214, 233, 234, 299, 301, 302, 303, 310, 311, 348, 356, 366, 369, 370, 372, 389, 390, 394, 395, 397, 398, 452, 455, 457, 460.

Jeanselme, 10, 12.

Jullien, 158.

Labbé, 238.

Lafay, 189, 214, 215, 369, 411, 452, 469.

Lasnier, 51, 54, 55, 95, 106.

Legendre (L.), 351, 362.

Lenglet, 11, 12, 42, 68, 69, 214, 359, 369, 393, 440.

Leredde, 10, 11, 51, 183, 260, 293, 295.

Lertant, 52.

Lévy-Bing, 185, 214, 215, 371, 398, 411, 416, 474.

Lipschütz, 383.

Louste, 241, 243, 466, 467, 468, 469, 471, 472, 475.

Malloizel, 59, 83, 121.

Merle, 12, 76, 78, 110, 115, 231, 323, 450.	Nicolas, 42.
Milian, 11, 37, 39, 61, 89, 181, 183, 243, 402, 406, 416, 451.	Noiré, 323.
Monier-Vinard, 86, 118, 120, 122.	Queyrat, 185, 230, 476.
Morestin, 42, 45, 47, 49, 51, 65, 69, 71, 73, 233, 244, 255, 272, 306, 358, 359, 380, 381, 382, 417, 420, 421, 425.	Railliet, 311, 348, 366, 394, 395, 452.
Moty, 270.	Renault (A.), 82, 110, 166, 300, 301, 318, 371, 443.
Nathan, 403, 466.	Troisfontaines, 271.
	Verchère, 356.
	Wickham, 302, 303, 374.

CORBEIL. — IMPRIMERIE ÉD. CRÉTÉ.
